Een drugbeleid in de bijzondere jeugdzorg



Preventie of pretentie ?

Tomas Van Reybrouck
VAD - Preventiewerking Comités voor Bijzondere Jeugdzorg

Afdeling Bijzondere Jeugdbijstand - Comités Bijzondere Jeugdzorg -
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

EEN DRUGBELEID
IN DE
BIJZONDERE JEUGDZORG:

preventie of pretentie?

EEN DRUGBELEID IN DE BIJZONDERE JEUGDZORG:

preventie of pretentie?

Tomas Van Reybrouck

VAD - Preventiewerking Comités voor Bijzondere Jeugdzorg

Afdeling Bijzondere Jeugdbijstand - Comités voor Bijzondere Jeugdzorg - Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

COLOFON

Van Reybrouck, Tomas
Een drugbeleid in de bijzondere jeugdzorg: preventie of pretentie?
Eerste druk

Brussel, VAD, Afdeling Bijzondere Jeugdbijstand, 1995
126 p.

Ontwerp voorkaft: Carla Cox

ISBN 90-802429-2-6

druk acco leuven

De bijzondere jeugdbijstand is momenteel een goed uitgebouwde sector die dankzij haar diverse hulpverleningsvormen een kwalitatief hoogstaand aanbod garandeert. De voorzieningen voor bijzondere jeugdbijstand schrijven kwaliteitszorg hoog in hun vaandel.

Een aangepast antwoord geven op de snel veranderende en steeds complexer wordende vragen van jongeren en hun gezin vergt een voortdurende reflexie met betrekking tot het te voeren beleid. De voorzieningen die in de bijzondere jeugdbijstand werkzaam zijn bewijzen dagelijks dat ze een dynamisch beleid voeren, als antwoord op deze steeds veranderende realiteit. Teneinde de beleidsontwikkeling verder te ondersteunen wordt momenteel een samenwerkingsverband van voorzieningen opgezet. Het ontwikkelen van een voorzieningenbeleid is immers in belangrijke mate de verantwoordelijkheid van de voorzieningen zelf.

De preventiecellen van de comités voor bijzondere jeugdzorg hebben een decretale preventie-opdracht. Indien de preventie effectief wil zijn, dient deze werkvorm zo structureel en zo offensief mogelijk in te grijpen in onze samenleving. De preventie-methodiek richt zich meer en meer op het themagericht ondersteunen van dit dynamisch beleid.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen coördineert in Vlaanderen de drugpreventie en wordt hierbij geholpen door de preventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Voorzieningen deden in het verleden vaak rechtstreeks een beroep op deze preventiewerking.

De aanstelling van preventieconsulenten in de comités voor bijzondere jeugdzorg en de conventie met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen laat toe dat, vanuit de bijzondere jeugdbijstand zelf, een specifiek voor de bijzondere jeugdbijstand herwerkt aanbod kan worden gerealiseerd ten behoeve van de voorzieningen die dit wensen.

Als Vlaams minister van Welzijn en Gezin, vertrouw ik erop dat deze ondersteuning u in de mogelijkheid zal stellen om in uw beleid het thema 'drugs' te integreren.

Wivina DEMEESTER
Vlaams minister van Financiën en Begroting,
Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin

Voorwoord

De Vlaamse regering sloot, in het kader van de preventiewerking van de comités voor bijzondere jeugdzorg, een driejarige conventie (1992-1994) met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

De preventie vormt binnen de comités voor bijzondere jeugdzorg een belangrijke beleidspijler. De creatie van preventiecellen en de latere aanstelling van preventieconsulenten leverden de noodzakelijke bouwstenen.

Meer en meer voorzieningen stelden tegelijkertijd een steeds dringender vraag naar ondersteuning. Daarom werd gekozen om de conventie vooral in die richting te oriënteren.

Twaalf preventiecellen wensten, in samenwerking met de preventieconsulent, de V.A.D.-projectmedewerker en de regionale preventiewerk(st)er verbonden aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg, een dergelijke vorming rond drugbeleid in hun regio te organiseren.

Op die wijze werd in Vlaanderen het personeel (geheel of gedeeltelijk) van meer dan 100 voorzieningen bereikt.

Doorheen dit project werden talrijke ervaringen verzameld en werd bruikbaar preventiemateriaal ontwikkeld. Deze projectresultaten mogen niet verloren gaan. Daarom opteerde de stuurgroep, die dit project vanuit de afdeling bijzondere jeugdbijstand volgde, voor de realisatie van deze publicatie.

Moge deze publicatie een stimulans betekenen voor de vele preventiewerk(st)ers en personeelsleden van de voorzieningen om de ingeslagen weg samen verder te zetten en doorheen deze werking de nog niet bereikte voorzieningen mede te motiveren om te proeven van de rijkdom van een op maat gesneden drugpreventiebeleid.

Lucien Rahoens,
Teamverantwoordelijke
Voorzieningenbeleid

Walter Vandeneede,
Teamverantwoordelijke
Comités voor Bijzondere Jeugdzorg,
Algemene preventie

Inleiding

Sinds 1992 werden talrijke vormingen rond de drugthematiek georganiseerd voor personeelsleden uit de voorzieningen bijzondere jeugdzorg. De inhoud van deze publicatie is grotendeels geïnspireerd op de ervaringen die tijdens de voorbereidingen, de evaluatiemomenten en de eigenlijke vormingsmomenten werden opgedaan.

Deze publicatie is samengesteld uit 3 grote delen, van elkaar onderscheiden door gekleurde bladen. Elk deel bestaat uit een aantal hoofdstukken.
Het eerste deel bevat 2 inleidende en informatieve hoofdstukken. Hoofdstuk 1 behandelt de sector van de bijzondere jeugdbijstand. Hoofdstuk 2 gaat dieper in op een aantal noties rond preventie.

Deel 2, tevens het centrale gedeelte van deze publicatie, biedt via een praktische handleiding een aantal handvaten om een alcohol- en drugbeleid in de eigen voorziening te ontwikkelen. De noodzakelijke daarbij te doorlopen stappen vormen de inhoud van de eerste 3 hoofdstukken (de eigen waarden en normen, de identiteit van de voorziening en de drie beleidscomponenten). Hoofdstuk 4 situeert de drie beleidscomponenten in een interventieschema. Het vijfde hoofdstuk staat stil bij de concrete werkwijze, nodig om een beleid op te stellen. Hoofdstuk 6 is een afsluitend hoofdstuk waarin getracht wordt een antwoord te fomuleren op de vraag of het uitwerken van een drugbeleid in een voorziening eerder preventie dan wel pretentie is.

Het afsluitende derde deel bevat bruikbare achtergrondinformatie bij het tweede deel. De eerste drie hoofdstukken zijn voorbeelden van concretiseringen van de drie beleidscomponenten: plan, interventie en opvoeding. Het vierde hoofdstuk geeft een aantal praktijkvoorbeelden van voorzieningen die reeds met een beleid werken, terwijl hoofdstuk 5 een overzicht geeft van de in het project betrokken comités en voorzieningen.

Naast het samenwerkingsproject tussen de VAD en de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg wordt de sector van de bijzondere jeugdbijstand ook nog op andere manieren bereikt. Dit gebeurt onder meer via rechtstreekse contacten met de regionale preventiewerkers verbonden aan Centra Geestelijke Gezondheidszorg of met andere organisaties en personen.

Een aantal onderdelen van deze tekst zijn ook terug te vinden in de begeleidende (groene) mappen bij de vormingssessies. De meerwaarde van deze publicatie bestaat erin dat de theoretische modellen nu samen met concrete toepassingen en praktijkvoorbeelden, als resultante van de vormingen, worden samengebracht en in verhouding tot elkaar geplaatst. Daarenboven vullen heel wat nieuwe ideeën en methodieken het geheel aan.

Concrete methodieken worden telkens in kadertjes weergegeven. Het zal ongetwijfeld opvallen dat daarin heel wat vragen gesteld worden. Dit is ook niet verwonderlijk. Voor een alcohol- en drugbeleid in de voorziening zijn immers geen pasklare antwoorden voorhanden. Wel willen we een aantal ideeën en mogelijkheden aanreiken waar men in de praktijk mee kan rekening houden. Of zoals een deelnemer van de vorming het achteraf mooi uitdrukte: *"In plaats dat ik antwoorden gekregen heb, zijn er nog een aantal vragen bijgekomen. Maar nu heb ik zin gekregen om samen met het team op zoek te gaan naar de*

antwoorden." Een (zoek)proces met verschillende stappen is gestart.

De bruikbaarheid van deze publicatie is tweeërlei: enerzijds als begeleidende tekst bij vormingen voor personeelsleden van voorzieningen bijzondere jeugdzorg en anderzijds als handleiding bedoeld voor zij die met de eigen voorziening een aangepast drugbeleid willen uitwerken of verder willen verfijnen.

Tot slot enkele woorden van dank.
Aan alle deelnemers van de vorming voor de zeer interessante en boeiende discussies. Ze hebben de inhoud van deze publicatie mede onderbouwd.
Aan de preventiewerkers verbonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Zonder hun bijdrage en jarenlange ervaring was er van vorming geen sprake geweest. Niet in het minst is de zeer constructieve samenwerking bijgebleven. Daarenboven hebben hun ideeën en methodieken deze publicatie in ruime mate geïnspireerd.
Aan de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg voor de vruchtbare samenwerking bij de realisatie van diverse vormingsmomenten in de respectievelijke arrondissementen.
Aan Marijs Geirnaert, VAD-coördinator, voor de waardevolle ondersteuning en het vertrouwen en aan Ilse De Maeseneire (VAD) die het eerste jaar van het project voor haar rekening nam. Een succesvolle opvolging was slechts mogelijk door een constructieve start.

Voor de informatie die ons vanuit Nederland bereikte: Annemiek Elling-De Boer (NIAD), Diana Van Uffelen (CAD Drenthe) en Kees Kooy (Het Grote huis) voor de boeiende training.

Aan zij die vroegere versies van deze tekst kritisch hebben gelezen en voor het doorspelen van hun constructieve suggesties en bedenkingen: Rita Brauwers, Francine De Schutter, Jef Geybels, Marie-Claire Lambrechts, Eric Nysmans, Jan Postmans, Luc Ringoot, Riet Schelles, Frank Schillewaert, Michéle Staelens, Marc Tack, Walter Vandeneede, Hilde Vanhuele, Veronique Van Outrive, Luc Wouters en Jean-Paul Wydoodt.

Tomas Van Reybrouck
maart 1995

Inhoud

DEEL 2: EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID 25

DEEL 1:

INLEIDENDE HOOFDSTUKKEN

1. DE BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND

1.1. De jongeren
1.2. De verwijzende instanties
1.3. De voorzieningen
1.4. Maatregelen
1.5. Besluit

2. PREVENTIE

2.1. Oorzaken van gebruik/misbruik
2.2. Wat is algemene preventie?
2.3. Besluit



1.
DE BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND:
Jongeren, verwijzende instanties en voorzieningen[1]

In dit eerste hoofdstuk geven we een beknopte beschrijving van de jongeren in de bijzondere jeugdbijstand, de verwijzende instanties, de voorzieningen, en tenslotte de maatregelen die door de regelgeving worden voorzien. Het is immers belangrijk een zicht te krijgen op de specificiteit van deze sector, gezien de uitwerking van een beleid (zie deel 2) daarbij aansluit.

1.1. De jongeren

De bijzondere jeugdbijstand richt zicht op jongeren in problematische opvoedingssituaties (P.O.S.) en tot jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd (M.O.F.).
Onder "problematische opvoedingssituatie" (P.O.S.) wordt verstaan :
"Een toestand waarin de fysieke integriteit, de affectieve, morele, intellectuele of sociale ontplooiingskansen van minderjaringen in het gedrang komen door bijzondere gebeurtenissen, door relationele conflicten, of door omstandigheden waarin zij leven." (gecoördineerde decreten inzake bijzondere jeugdbijstand, art. 2 a.)

In principe begeleidt de bijzondere jeugdbijstand enkel minderjarigen. Deze minderjaringen (ook degene die een M.O.F. hebben gepleegd) kunnen echter een voortzetting van de hulpverlening tot 20 jaar vragen (tot 21 jaar onder de vorm van begeleid zelfstandig wonen).

[1] Dit gedeelte werd geschreven in samenwerking met Lucien Rahoens (Teamverantwoordelijke Voorzieningenbeleid) en Walter Vandeneede (Teamverantwoordelijke Comités voor Bijzondere Jeugdzorg, Algemene preventie).

1.2. De verwijzende instanties

Er is een strikte scheiding tussen vrijwillige hulpverlening en gedwongen hulpverlening. De vrijwillige hulpverlening wordt behartigd door de comités voor bijzondere jeugdzorg (CBJ; sociale diensten verbonden aan deze comités). De gedwongen hulpverlening wordt georganiseerd via de jeugdrechtbanken (JRB; sociale diensten van de Vlaamse gemeenschap bij de jeugdrechtbanken). Er zijn 20 comités in Vlaanderen (1 per bestuurlijk arrondissement) en 14 jeugdrechtbanken (1 per gerechtelijk arrondissement).
Beide diensten vormen de toegangspoort tot de erkende voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand.
De comités voor bijzondere jeugdzorg werken met jongeren en hun gezin, in problematische opvoedingsstituaties.
Indien vrijwillige hulpverlening onmogelijk is, kan het comité voor bijzondere jeugdzorg beroep doen op de bemiddelingscommissie (14 in Vlaanderen).
Deze commissie zal trachten te bemiddelen teneinde de vrijwillige hulpverlening terug kansen te geven. Indien dit niet lukt, kan deze commissie de zaak uit handen geven (klasseren) ofwel doorverwijzen naar het parket. Het parket oordeelt zelfstandig of de jeugdrechtbank al dan niet wordt gevorderd.

Verder kan men op de jeugdrechtbank terecht komen in een hoogdringende situatie waarin de jongere ernstig gevaar loopt en de vrijwillige hulpverlening niet onmiddellijk mogelijk is. In deze hoogdringende situatie kan de jeugdrechter een maatregel nemen die slechts geldig is voor een periode van 45 dagen. In die periode van 45 dagen zal het comité voor bijzondere jeugdzorg en desgevallend de bemiddelingscommissie, proberen om toch vrijwillige hulpverlening mogelijk te maken. Lukt dit, dan sluit de jeugdrechter het dossier. Lukt dat niet, dan blijft de jeugdrechter bevoegd om verdere maatregelen te nemen.
De regelgeving wil dus zoveel mogelijk de behandeling van problematische opvoedingssituaties in de vrijwillige hulpverlening houden.
De behandeling van een M.O.F. behoort tot de bevoegdheid van de jeugdrechtbank en de sociale dienst van de Vlaamse gemeenschap bij de jeugdrechtbank.

1.3. De voorzieningen

De bijzondere jeugdbijstand kent momenteel een vrij gedifferentieerd aanbod aan voorzieningen. Deze voorzieningen worden in de regelgeving ingedeeld in de volgende categorieën. :

categorie 1 : begeleidingstehuizen
categorie 2 : gezinstehuizen
categorie 3 : onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra
categorie 4 : dagcentra
categorie 5 : thuisbegeleidingsdiensten
categorie 6 : diensten voor begeleid zelfstandig wonen
categorie 7 : diensten voor pleegzorg

Op 01.01.95 zijn er :

- een tweehonderdtal residentiële voorzieningen (categorieën 1, 2 en 3, berekend op afdelingsniveau) die samen 3.250 jongeren kunnen opnemen;
- 51 dagcentra (berekend op afdelingsniveau) die 570 jongeren kunnen begeleiden;
- 12 diensten voor begeleid zelfstandig wonen (voor 180 jongeren) en 24 diensten voor thuisbegeleiding (voor 420 gezinnen);
- 16 diensten voor pleegzorg.

In deze voorzieningen worden ongeveer 2100 personeelsleden (fulltime equivalenten) tewerkgesteld. Het logistiek en administratief personeel is niet begrepen in dit cijfer.

Het besluit van de Vlaamse regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidienormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand regelt de verplichte bijscholing die van toepassing is op het begeleidend personeel en op het personeel met bijzondere functies (o.a. maatschappelijk werk(st)ers).

Deze bijscholing dient per voltijdse betrekking en per tewerkstellingsperiode van telkens drie jaar, minimum 60 uren te bedragen. Men kan dus deze uren realiseren in één jaar of spreiden over telkens drie jaar. Deze bijscholing werd verplicht gesteld in elke erkende voorziening.

1.4. Maatregelen

Naargelang de situatie en de verwijzende instantie kunnen volgende maatregelen genomen worden :

JEUGDRECHTER

1. de ouders een pedagogische richtlijn verstrekken;
2. de minderjarige onder toezicht stellen van de sociale dienst (max. 1 jaar);
3. gezinsbegeleiding (max. 1 jaar);
4. opvoedend project (max. 6 maanden);
5. dagcentrum (max. 1 jaar);
6. begeleid zelfstandig wonen (max. 1 jaar);
7. onder permanent toezicht op kamer wonen (max. 1 jaar);
8. onthaal en oriëntatie (30 dagen);
9. observatie (60 dagen);
10. gezinsplaatsing (tot de leeftijd van 13 jaar en vanaf 12 jaar telkens max. 1 jaar);
11. geschikte open inrichting (max. 1 jaar);
12. gesloten gemeenschapsinstelling (max. 3 maanden);
13. psychiatrische inrichting (max. 1 jaar).

De maatregelen 8, 9 en 12 kunnen slechts éénmaal verlengd worden (vb. : onthaalplaatsing kan maximaal voor 60 dagen).
de maatregelen 1 en 4 zijn niet verlengbaar.
De andere maatregelen kunnen onbeperkt telkens met de maximale periode verlengd worden.

JEUGDRECHTER IN HOOGDRINGENDE SITUATIES (45 dagen)

principe : onthaal - oriëntatie- observatiecentrum

uitzonderlijk :

1. begeleid zelfstandig wonen;
2. gezinsplaatsing;
3. geschikte open inrichting;
4. psychiatrische inrichting;

(2, 3 en 4 kunnen slechts toegepast worden indien vroeger reeds residentiële hulp werd of wordt georganiseerd door C.B.J. of J.R.B.)

5. geschikte gesloten gemeenschapsinstelling;

(indien 14 jaar en indien 2 en 3 niet aangewezen zijn en de plaatsing noodzakelijk is voor het behoud van de integriteit van de persoon)

6. plaatsing bij familie of het gezin waarbij de minderjarige feitelijk verbleef.

COMITÉS VOOR BIJZONDERE JEUGDZORG

1. specifieke hulp die gericht is op het versterken van de draagkracht van de minderjarige en van het gezin (p.s.a.-programma's);
2. gezinsbegeleiding (max. 1 jaar);
3. opvoedend project (max. 6 maanden);
4. dagcentrum (max. 1 jaar)
5. begeleid zelfstandig wonen (max. 1 jaar);
6. onder permanent toezicht op kamer wonen (max. 1 jaar);
7. onthaal- en oriëntatie (max. 30 dagen);
8. observatie (max. 60 dagen);
9. gezinsplaatsing (max. 1 jaar);
10. erkende voorziening (max 1 jaar);
11. psychiatrisch ziekenhuis (max. 1 jaar).

De hulpverleningsvoorstellen 7 en 8 kunnen slechts éénmalig verlengd worden.

1.5. Besluit

In dit eerste hoofdstuk werd kort de doelgroep, zijnde de bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen, gesitueerd: de jongeren, de verwijzende instanties, de voorzieningen en de maatregelen.

In het tweede hoofdstuk van dit eerste deel wordt dieper ingegaan op het terrein van de alcohol- en drugpreventie.

2.

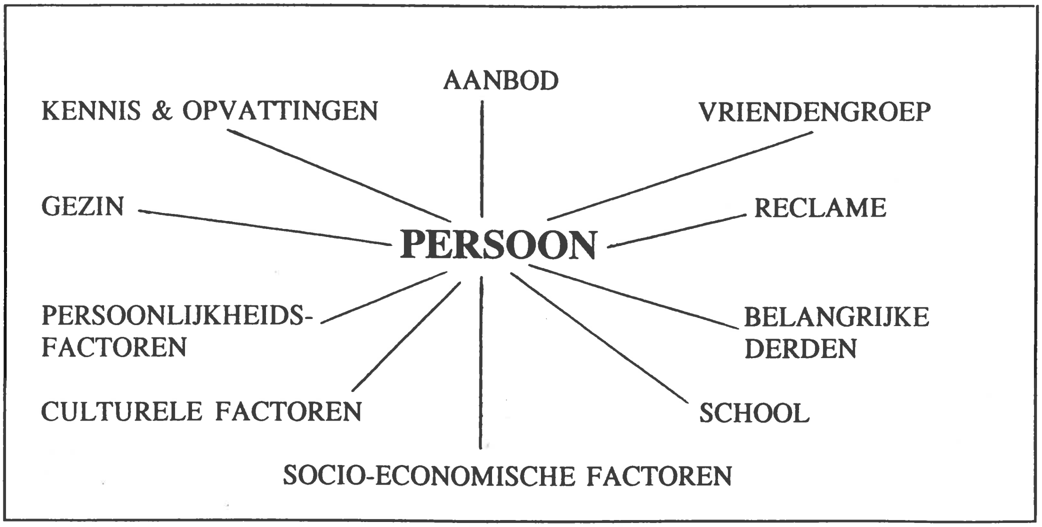
PREVENTIE:

Vóórkomen en voorkómen van spraakverwarring

Om preventief te kunnen handelen, is het van belang om eerst de onderliggende oorzaken van het gebruik en misbruik van allerhande middelen te kennen. In een eerste punt wordt een overzicht geboden van deze oorzaken. Een tweede punt beschrijft wat preventieve mogelijkheden zijn.

2.1. Oorzaken van gebruik/misbruik

De reden waarom iemand alcohol, illegale drugs of andere middelen gebruikt of misbruikt is niet eenduidig aan te geven. Het is meestal een complex samenspel van factoren die op elkaar inspelen. Keith Tones (1986) heeft een model ontwikkeld die aan al deze factoren een plaats geeft. De persoon staat hierbij centraal.



Figuur 1: Ontstaansfactoren (Tones, 1986)

We bespreken dit model specifiek toegespitst op de jongeren uit de bijzondere jeugdzorg. Alle factoren worden slechts kort aangeraakt. Een uitgebreide en volledige bespreking valt buiten het bestek van deze publicatie. Het kan wel interessant zijn om zelf de invulling te maken voor een gekende persoon of situatie.

- Aanbod

Het ontstaan van druggebruik of drugmisbruik is onder meer afhankelijk van het beschikbare aanbod aan drugs. Onder drugs verstaan we zowel de legale als de illegale middelen. De hoge beschikbaarheid van medicatie en alcohol in onze cultuur is gekend, maar ook het aanbod van de illegale drugs is de laatste jaren fors gestegen.

- Persoonlijkheidsfactoren

Er zijn een aantal factoren, eigen aan de identiteitsontwikkeling, aan te geven die kunnen bijdragen tot beginnend drug*gebruik* bij adolescenten (De Wit & Van Der Veer, 1982). Dit zijn onder meer: het willen experimenteren met allerlei gedrag, het gebruik van drugs als opstandig gedrag om zich af te zetten tegen ouders en andere autoriteiten en het belang van de omgang met leeftijdsgenoten (druggebruik als sociale activiteit).

Persoonlijkheidsfactoren kunnen ook medebepalend zijn bij het ontstaan van drug*misbruik*. Het middelengebruik kan immers vanuit bepaalde tekorten een supplementaire 'winst' betekenen (Tack, 1992). Het gebruik is dan niet langer experimenteel maar krijgt de functie van probleemoplosser. Risicofactoren hiervoor zijn: laag zelfwaardegevoel, onzekerheid, tekort aan sociale en persoonlijke vaardigheden,...

Zo kan men de vraag stellen of jongeren uit de bijzondere jeugdzorg een risicogroep vormen met betrekking tot middelengebruik of -misbruik. Het antwoord op deze vraag is gedifferentieerd. Er is immers niet zozeer een verhoogd risico om met drugs te experimenteren (druggebruik) want experimenteergedrag is, zoals aangegeven, een globaal kenmerk van de adolescentieperiode. Er is wel sprake van een verhoogd risico om na het experimenteren in een volgende fase (regelmatig of overmatig gebruik) terecht te komen, Het middel krijgt dan een probleemoplossende functie. De maatschappelijke kwetsbaar-

heid van deze jongeren is hiervoor een risicofactor.

- **Vriendengroep**

De invloed van de vriendengroep wordt in de adolescentieperiode steeds groter. Deze groep is vooral bepalend bij beginnend gebruik wanneer de jongere samen met leeftijdsgenoten gaat experimenteren. De sociale druk en de rol van de omgeving spelen in mindere mate mee bij latere fasen van (probleem)gebruik. Dan wordt het gebruik van drugs geleidelijk aan een meer autonoom proces met in het extreme geval de eenzaamheid van de alcohol- of drugverslaafde. Ook dan kan er aansluiting zijn bij een groep, maar daar waar vooral het middelenmisbruik centraal staat.

Vaak wordt vanuit voorzieningen gewezen op het mogelijke 'besmettingsgevaar' van het gebruik van één jongere op de rest van de leefgroep. Gezien er soms een concentratie is van problematieken in de bijzondere jeugdzorg, wordt deze vrees ook wel geuit in verband met ander probleemgedrag, zoals het plegen van criminele feiten.[2]

- **Gezin**

Het voorbeeldgedrag van de ouders (hoe denken zij over en hoe gebruiken zij genotmiddelen) beïnvloedt in belangrijke mate de manier hoe jongeren tegenover alcohol en drugs staan. Bij jongeren die in de instelling terecht komen, is er soms misbruik (vaak van legale middelen als alcohol en medicatie) bij de eigen ouders.

Andere mogelijke gezinsomstandigheden bij deze jongeren zijn: (affectieve) verwaarlozing en spanningen in het gezin. Een onderzoek in een Leuvens observatiecentrum vergeleek de instellingsjongeren met een schoolpopulatie op basis van de resultaten van een klach-

[2] Hierbij dient opgemerkt dat het gevaar voor besmetting reëel is gezien een groep jongeren, vaak met verschillende problematieken, samen zitten. Dit hoeft echter niet altijd zo te zijn. Er is immers evengoed een situatie denkbaar waar, binnen de leefgroep, twee partijen leven: de fervente voor- en de fervente tegenstanders van druggebruik. Er kan ook een sterke eenzijdige sociale druk bestaan in tegenovergestelde richting, namelijk tegen het gebruik van illegale drugs. En het is bekend dat de informele regels van jongeren soms sterker zijn dan de formele regels van een institutie. Het besmettingsrisico is bijgevolg slechts één van de mogelijkheden.

tenlijst (Peeters, 1993). Hierbij sprong vooral de zeer problematische relatie met de ouders bij de jongeren uit het observatiecentrum in het oog. We veronderstellen dan dat jongeren eerder drugs gebruiken om met de gezinsspanningen om te gaan. Dit betekent daarom niet dat problematische gezinsomstandigheden automatisch zouden leiden tot problemen met alcohol en/of drugs.

- Voorziening

De structuur en het leefklimaat in de voorziening hebben invloed op het gedrag van jongeren. Een goede onderlinge communicatie en de aanwezigheid van gezellige ruimtes hebben zo belangrijke preventieve consequenties. We komen hier later op terug.

Ook het voorbeeldgedrag van de begeleiders beïnvloedt de visie en het middelengebruik van de jongeren. Daarenboven belemmert het vaak wisselende verloop van begeleiders de ontwikkeling van een stabiele hechtingsrelatie tussen jongere en volwassene. Dit komt het vertrouwen in anderen en zichzelf niet ten goede. Daarnaast is er, door het verloop van jongeren, vaak verandering in de samenstelling van de leefgroep. Daar tegenover staat dat de structuur van een gezin stabieler is.

- School

De school neemt voor jongeren een belangrijke plaats in hun leven in. Het school- en klasklimaat zijn daarbij bepalend. Wat doet de school meer dan kennisoverdracht? Kan de school de jongere motiveren? Is er leerachterstand? Is er spijbelgedrag? Hoe wordt daar mee omgegaan?...

Veel jongeren uit de bijzondere jeugdzorg lopen school in het Beroeps Secundair Onderwijs (B.S.O.), het Technisch Secundair Onderwijs (T.S.O.) of het Deeltijds Onderwijs. Dit is niet zozeer te wijten aan hun intellectuele mogelijkheden maar veeleer aan de sociale omstandigheden waarin ze leven.

- Socio-economische factoren

Socio-economische factoren zoals werkloosheid en kansarmoede kunnen (probleem)gebruik beïnvloeden. Jongeren ervaren hun plaats in de samenleving, inzake betrokkenheid bij de besluitvorming, als zeer beperkt. Vaak is er weinig toekomstperspectief. Sommige

jongeren hebben behoefte aan kicks in een voor hen eentonige maatschappij (van Rinsum & Vroegindeweij, 1989).

- Reclame

De reclame heeft een sterk bepalende rol in de verhoogde aandacht voor het uiterlijk lichamelijke en de tendens tot onmiddellijke behoeftenbevrediging (Nysmans, 1994). Beperkingen beschouwt men niet als inherent aan het leven. Voor alle problemen bestaan er externe middelen om ze op te lossen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er, naast pillen om beter te slapen, beter te presteren, enz., ook een (XTC-)tablet bestaat om zich beter te amuseren. Zo komen we tot "een medicalisering van het (vrije tijds)leven".

- Besluit

Door de wisselwerking van (sommige van) deze factoren is het ontstaan van (problematisch) druggebruik of drugmisbruik een complexe aangelegenheid. Wil preventie hierop inspelen, moet met die complexiteit vanzelfsprekend rekening worden gehouden. Het werken aan drugpreventie is daarom niet de opdracht van één welbepaalde sector. De drugproblematiek is een maatschappelijke gegevenheid waar alle sectoren (waaronder de school en de bijzondere jeugdzorg) een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid in hebben.

Na de ontstaansfactoren kort te hebben doorgelicht, wordt in een volgende punt nagegaan wat mogelijke preventieve antwoorden zijn.

2.2. Wat is algemene preventie?

Terwijl sommige woorden een negatieve bijklank hebben, bestaan er andere woorden met een positieve connotatie. "Preventie" hoort in de laatste categorie thuis. Preventie klinkt positief want het vindt plaats vooraleer er zich problemen voordoen. Het wordt soms ook als een soort magische oplossing naar voor geschoven vanuit een frustratie met de beperktheden van de hulpverlening (= als er zich reeds problemen voordoen) of het falen van de repressieve aanpak. "Als we de problemen niet kunnen oplossen of wegnemen, moeten we ze maar voorkomen."

Als men "preventie" zegt, gaat men ervan uit dat iedereen er dezelfde betekenis aan toekent. Vaak ten onrechte want er zijn verschillende invullingen. Onder algemene preventie worden alle initiatieven van coördinatie, overleg, stimulering, informatie of waarschuwing verstaan, gericht op het voorkomen, wegwerken of neutraliseren van factoren die systematisch hinderlijk zijn voor de gunstige ontplooiing van (een gedeelte van) de jongerenpopulatie, of gericht op het bevorderen van factoren die deze ontplooiing in de hand werken (Vettenburg, 1991).

Om het vóórkomen van spraakverwarring te voorkómen biedt het preventieschema van Frits De Cauter de mogelijkheid om alle preventieinitiatieven te situeren.

2.2.1. Het preventieschema van De Cauter

2.2.1.1. Tijdstip: welzijn vs. behandeling

De traditionele maar nog vaak gebruikte indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie is eenzijdig en medisch. Een bruikbaarder indeling is het schema voorgesteld door De Cauter (1989; Vettenburg, 1991; Walgrave, 1993) waar preventie gesitueerd wordt op een continuüm van welzijn (gericht naar de ganse bevolking en vóór de probleemwording) naar probleemsituatie (gericht op probleemgevallen en bijgevolg na de probleemwording).

----WELZIJN------------------------probleemwording------------------------BEHANDELING--
(algemeen welzijn) (probleemsituatie)

Deze eerste dimensie geeft dus een aanduiding van het tijdstip waarop men ingrijpt in de probleemwording. Men kan ingrijpen vóór, tijdens of na de manifestatie van een probleem. Indien men ingrijpt vóór er van enig probleem sprake is, komt men in de sector van een algemene welzijnsplanning. Aan de andere kant van de tijdlijn is de problematiek in volle ontwikkeling en komt men in de sector van de curatie (hulpverlening, behandeling). Hiertussen bewegen we ons op het terrein van de algemene preventie.

Naarmate men voortschrijdt op de tijdslijn van de probleemwording wordt de thematiek van de preventieve actie en de doelgroep specifieker (meer afgebakend en kleiner: bv. van potentiële druggebruikers tot verslaafden). De algemene preventie van de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg situeert zich zo vroeg mogelijk op deze tijdlijn.

2.2.1.2. Focus: persoonsgericht vs. structureel

Een tweede dimensie typeert de focus van de algemeen-preventieve interventie: men kan veranderingen proberen te bewerkstelligen in de persoon of in het structureel kader waarbinnen deze zich beweegt. Men kan op dit continuüm dus persoonsgericht of structureel werken.
Persoonsgericht betekent: gericht op de groep of de persoon die een bepaald risico loopt met de bedoeling een 'interne' verandering teweeg te brengen.
Structureel is: gericht op de omgeving waarin het probleem opduikt. Structurele maatregelen bevinden zich op het niveau van de dienst/organisatie of op het niveau van de samenleving of de breed maatschappelijke context. Zo kan bijvoorbeeld een voorziening bijzondere jeugdzorg een eigen drugbeleid uitwerken maar kan men ook met de ganse sector hierrond een gemeenschappelijk standpunt innemen.

STRUCTUREEL

----WELZIJN--BEHANDELING--

PERSOONSGERICHT

De algemene preventie van de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg legt de nadruk op de structuurgerichte actie. De omstandigheden en toestanden die negatief inwerken op de fysieke integriteit, het psychosociaal welzijn en de ontplooiingskansen van minderjarigen, ter kennis brengen van private organisaties en van de overheid, met het oog op initiatieven om deze toestanden en omstandigheden te voorkomen en te bestrijden, werkt structureel in op onze maatschappij.

2.2.1.3. Karakter: defensief vs. offensief

Deze derde dimensie wil het karakter van de ingreep typeren: een probleem wordt voorkomen door de gedragsmogelijkheden te beperken (defensief) dan wel door de gedragsalternatieven uit te breiden (offensief). *Defensieve* preventie betekent dat de grenzen afgebakend worden waarbinnen men zich kan bewegen. Het zijn beschermende of controlerende ingrepen waardoor de vrijheid wordt ingeperkt. De doelgroep wordt niet in staat geacht zelf iets aan de situatie te doen en verkrijgt geen participatie.

Offensieve preventie benadrukt het weerbaar maken of het leren omgaan van individuen met reglementen en middelen. Daarbij hoort ook het bieden van alternatieven op structureel niveau. De nadruk ligt op het scheppen van ruimte en stimulering. De doelgroep verwerft hier zelf een gedeelte van de macht, gezien ze meer mogelijkheden krijgt om het probleem op te lossen.

Deze beide inhouden van preventie (defensief-offensief) kunnen zowel persoonsgericht als structureel zijn.

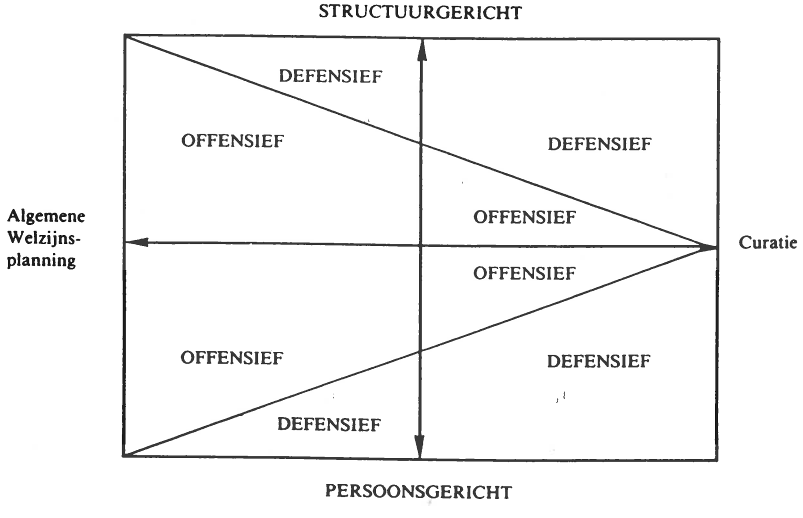
OFFENSIEF DEFENSIEF

--WELZIJN---BEHANDELING---

Het karakter van de algemene preventie van de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg is zo offensief mogelijk.

Het tijdstip waarop het probleem zich situeert zal grotendeels het karakter van de ingreep typeren: als een probleem uit de hand dreigt te lopen wordt de noodzaak om defensief in te grijpen alsmaar groter; naarmate men ingrijpt voor de probleemwording verhogen de mogelijkheden om offensief te werken.

Deze drie dimensies samen brengen ons uiteindelijk tot het volgende schema:



Figuur 2: Algemene preventie gesitueerd op drie dimensies (De Cauter, 1990, p. 94)

2.2.2. Geconcretiseerd naar de drugproblematiek

Hieronder geven we een aantal mogelijkheden van wat preventie met betrekking tot de drugproblematiek allemaal kan betekenen. De eerste invulling van het preventiebegrip (voorkómen van gebruik) situeert zich in het begin van de tijdslijn op het preventieschema van De Cauter. De andere situaties bevinden zich veeleer op het rechtergedeelte van de tijdslijn en leunen bijgevolg meer aan bij behandeling.

- Voorkómen van gebruik:

Dit kan van alles betekenen. Wil men het gebruik van alle middelen (zowel de legale als de illegale) en voor iedereen (jongeren, volwassenen en ouderen) voorkomen of moet men een afgrenzing maken? En waarom die welbepaalde afbakening? Men kan zich afvragen of het voorkomen van het gebruik van alle drugs (ook alcohol) in onze "drug taking society" wel realistisch is. Men kan zich bijgevolg ook als doel stellen om de schade te beperken voor het individu, de nabije omgeving en de samenleving (Buisman & Geirnaert, 1992).

Een mogelijke invulling voor de preventie van gebruik van illegale drugs is het aanleren van sociale vaardigheden bij jongeren. Hiermee beoogt men dat jongeren kunnen weerstaan aan de sociale druk wanneer vrienden een joint of een XTC-tablet aanbieden.

- Voorkómen van ondoordacht (onbewust) gebruik:

Sommigen wijzen op het gevaar van de vanzelfsprekendheid van het gebruik van middelen. Dit is onder meer het geval met legale produkten zoals alcohol (cultuureigen drugs) en medicatie (medicalisering van de samenleving).

Met betrekking tot illegale drugs, loopt in Nederland de "Safe house"-campagne (Buning, 1993). Gebruikers kunnen op fuiven via een apparaatje de samenstelling van hun XTC-tabletten laten nagaan. Dit heeft enerzijds als doel om het gevaar van de ongekende samenstelling (want gemaakt in clandestiene laboratoria) te omzeilen maar anderzijds wordt opgemerkt dat jongeren hierdoor bewuster een pil gaan slikken.

Een ander voorbeeld zijn de tips voor veilig*er* gebruik van XTC ("want *veilig* gebruik bestaat niet") die te lezen zijn op een Nederlandse folder, zoals:

"XTC is een illegaal middel. Je weet daarom nooit zeker wat je koopt. Als je XTC koopt kun je vervelende verrassingen zoveel mogelijk uitsluiten door: niet op straat of in een disco te kopen; te informeren bij andere gebruikers naar 'goeie' pillen en een betrouwbare dealer; de pil die je hebt gekocht uit te proberen door eerst een kwart of een halve dosis te nemen."

- Voorkómen van problemen ten gevolge van gebruik:

Problemen ten gevolge van gebruik kunnen zich op velerlei vlakken voordoen. Veelal denken we in eerste instantie aan problemen op het vlak van de gezondheid. Maar er kunnen andere problemen optreden. Enkele voorbeelden:

* Op wettelijk vlak:

Wanneer men de reglementaire 0,5 promille alcohol in het bloed overschrijdt en zich met de wagen in het verkeer begeeft, riskeert men problemen op wettelijk (en finacieel) vlak. Een jongere uit de voorziening die illegale drugs gebruikt kan bij vaststelling doorverwezen worden van het Comité Bijzondere Jeugdzorg naar de jeugdrechtbank via de bemiddelingscommissie.

* Op financieel vlak:

In de voorziening kan men bijvoorbeeld financiële problemen proberen te voorkomen door jongeren via budgetwerking met geld te leren omgaan.

* Op pyscho-sociaal vlak: voorkómen dat iemands sociale leven geruïneerd wordt.

In een aantal gevallen vertrekt men vanuit een "harm reduction"- ("de schade verminderen") filosofie. In dat geval gaat men er van uit dat er bijvoorbeeld heroïne gebruikt wordt. Men richt de aandacht niet zozeer op de drugs maar op de sociale situatie van de verslaafde. Men probeert rond huisvesting, financiën, tijdsbesteding,... te werken. Het toedienen van een vervangprodukt zoals methadon kan daarbij als hulpmiddel fungeren. Door minder te spuiten, daalt daarenboven ook de kans op HIV(Aidsvirus)-besmetting via intraveneus druggebruik.

* Op medisch vlak: voorkómen van HIV-besmetting bij intraveneuze druggebruikers.

Opnieuw vertrekt men vanuit de "harm reduction"-idee. In Antwerpen werd recentelijk een pilootproject "spuitenruil" opgezet voor druggebruikers (Kinable, 1994). Het principe is dat intraveneuze druggebruikers gebruikte spuiten kunnen inruilen voor propere. Het onderzoek leverde positieve resultaten op:

"De verhoogde beschikbaarheid van spuiten, tesamen met de preventieve boodschap,

zorgde ervoor dat druggebruikers significant minder onveilig gingen spuiten. Bovendien veroorzaakte de spuitenruil geen toename maar wel een betekenisvolle daling van het druggebruik".

- Voorkomen dat iemand criminele feiten pleegt ten gevolge van zijn druggebruik:
Initiatieven die de zogenaamde verwervingscriminaliteit (waarbij men via diefstal het eigen gebruik bekostigt) trachten te voorkomen, zijn hiervan een voorbeeld.

- Enz.

- Besluit
De ene invulling van preventie is niet beter dan de andere. De keuze voor een bepaalde benadering is afhankelijk van de situatie, de doelgroep, de doelstelling,... Het is echter noodzakelijk om overeenstemming te krijgen over het doel van de preventie: Wat willen we bereiken? Op die manier verkrijgt men duidelijkheid omtrent de betekenis van de gebruikte terminologie. Het plaatsingsschema van De Cauter kan daarbij helpen. Dit preventieschema toont eveneens aan dat, omwille van de complexiteit van de problematiek, efficiënte preventie niet bestaat uit het opzetten van eenmalige en geïsoleerde acties. Een structurele en beleidsmatige aanpak dringt zich op. Dit vormt de inhoud van het tweede deel van deze publicatie.

2.3. Besluit bij het tweede hoofdstuk

Dit tweede hoofdstuk was gewijd aan de oorzaken van gebruik en misbruik van middelen en de preventieve mogelijkheden daarvoor. Er werden twee theoretische modellen toegelicht, telkens geïllustreerd met een concrete toepassing. Vooreerst fungeerde het multifactoren model van Keith Tones als illustratie voor de complexiteit bij het ontstaan van middelengebruik- en misbruik. Dit model kan voor iedereen ingevuld worden. Wij hebben de toepassing gemaakt voor jongeren uit de bijzondere jeugdzorg. Theoretische modellen zijn pas werkbaar als ze ook praktische consequenties hebben. Het kan bijgevolg verhelderend zijn om vertrouwde situaties en eigen casussen in het model te plaatsen. Op die manier wordt duidelijk op welke factoren men eventueel moet ingrijpen. Bij een gebruikende jongere kan men zo een inventaris opmaken van de probleemvelden én de positieve punten.

Praktische bruikbaarheid geldt eveneens voor het preventieschema van Frits De Cauter. Preventiebenaderingen moeten met die complexiteit van ontstaansfactoren rekening houden. Alle preventieve maatregelen kunnen doorheen dit plaatsingsschema gesitueerd worden. Dit model illustreert ook dat men, om de vooropgestelde effecten te bereiken, de juiste strategie dient te hanteren. Wil men bijvoorbeeld dat een welbepaalde jongere ophoudt illegale drugs te gebruiken (= persoonsgericht, defensief en na de probleemwording op het schema) dan moet men de aanpak daar ook op afstemmen. Een algemene voorlichting voor alle jongeren (= persoonsgericht, offensief en vóór de probleemwording) zal dan ook weinig vruchten afwerpen.

Idealiter zouden zoveel mogelijk problemen dienen te worden voorkomen door een structuurgerichte offensieve actie vóór de probleemwording. Dit heeft een aantal voordelen: het gaat naar de wortel van het probleem, het heeft een breder bereik qua doelgroep en qua thema, is democratisch en emanciperend, heeft minder kans op stigmatisering, enz. Er zijn ook een aantal nadelen aan verbonden: structuren zijn moeilijker te veranderen dan personen, effecten zijn pas op lange termijn zichtbaar, het vereist samenwerking met anderen,... (De Cauter, 1990)

In dit eerste deel werden de bijzondere jeugdzorg en de preventienotie via inleidende hoofdstukken beknopt toegelicht. De vraag dringt zich op: Wat zijn nu de preventieve mogelijkheden in de bijzondere jeugdzorg? Dit vormt het onderwerp van het volgende centrale deel: een alcohol- en drugbeleid in de voorziening.

DEEL 2:

EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID

DEEL 2:
EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID

Proloog: Help! Er groeit een paddestoel op mijn rug

Stelt u zich even voor: u wordt 's morgens wakker en u voelt op uw rug een vreemd verschijnsel. U rent naar de spiegel en kan uw ogen bijna niet geloven dat zich op uw rug opeens een paddestoel bevindt. Uiteraard een volledig fictieve situatie. Maar laat ons even verder fantaseren over het vervolg. Hoe zou u reageren? of: Wat zou u doen als iemand met dit verschijnsel bij u te rade kwam? Gezien u niet zoiets als een "hoe ga ik om met op de rug groeiende paddestoelen"-ervaring of -deskundigheid hebt, zal de eerste reflex er vermoedelijk in bestaan om een externe deskundige, bijvoorbeeld de huisarts te raadplegen. U voelt zich immers onzeker, machteloos en eventueel zelfs in paniek. Zegt de dokter zoiets als: "oh, dat gaat wel over hoor, niets aan de hand" is het best mogelijk dat uw vervelende gevoelens niet zullen overgaan. U voelt zich niet erkend in uw onzekerheid. De dokter zou ook kunnen zeggen: "Dit probleem is identiek te behandelen als andere huidaandoeningen". Op deze manier wordt beroep gedaan op de kennis die u reeds bezit en het geeft u het gevoel zelf in staat te zijn iets aan de problematiek te kunnen doen.
Het is best mogelijk dat ook de dokter in paniek raakt. Hij kan op zijn beurt doorverwijzen naar een specialist (huidaandoeningen) of naar de spoedgevallen.

Waarom dit voorbeeld? Het lijkt erop dat er een aantal opvallende gelijkenissen zijn met het fenomeen druggebruik. Illegale drugs zijn ons meestal ook niet bekend. Dit leidt eveneens tot gevoelens van onzekerheid, machteloosheid, eventueel angst- en paniekreacties. Vaak willen we daarom in eerste instantie informatie over de illegale drugs die, gezien het over cultuurvreemde middelen gaat, ons niet bekend zijn. Vandaaruit stelt men vragen naar produktinformatie om deze middelen te zien, te voelen en te ruiken. De onbekendheid moet dus opgeheven worden. Onbekend maakt immers onbemind. Meer nog: onbe-

kend maakt onmachtig. Produktinformatie lijkt dus een noodzakelijke (om de onzekerheid te verkleinen) maar allerminst een voldoende voorwaarde om preventief te werken.[1]

We weten niet steeds hoe te reageren wanneer het drugfenomeen opduikt in onze organisatie. Er is een gevoel van ondeskundigheid. Vergelijkbaar met de reactie op het plotse opduiken van een vreemd verschijnsel op de rug,[2] zijn we radeloos wanneer het over illegale drugs gaat. Hopelijk vindt u dan een externe instantie die u op uw eigen mogelijkheden wijst en zelf niet in paniek raakt. Wij hopen althans dat deze uitgave hier mag aan tegemoet komen.

Het is erg belangrijk om deze machteloosheid en onzekerheid rond illegale drugs te erkennen. Dit is de opdracht zowel voor de voorzieningen zelf als voor de externen die met de voorzieningen werken. Het uiteindelijke doel is om de reeds aanwezige deskundigheid (in het werken met jongeren, met ander probleemgedrag,...) ook aan te wenden met betrekking tot de drugproblematiek.
Met het voorbeeld van de paddestoel hebben we willen aangeven dat deze eerste reactie een normale reactie is op een (aanvankelijk) ongewone situatie.
Zolang de weerstanden echter niet opgeheven zijn, kan men niet op een constructieve en planmatige manier te werk gaan.

[1] In deze publicatie wordt geen produktinformatie geboden. We verwijzen hiervoor naar: Achtergrondinformatie drugs (1990) van de VAD en de uitgaven van Van Epen (1981) en Ansoms (1993).

[2] Het hoeft niet gezegd dat het hier gaat om een beeld met een aantal mogelijkheden maar evenzeer met een aantal beperkingen: Het opduiken van drugs gebeurt niet steeds plotseling, maar is vaak een proces gebaseerd op vermoedens, drugs is geen (louter) medisch gegeven, enz.

In het eerste deel van deze tekst werd via inleidende hoofdstukken informatie geboden over de bijzondere jeugdzorg enerzijds en over preventie anderzijds. Wanneer we beide hoofdstukken samen nemen, komen we tot vraag: Wat kan preventief gebeuren in de bijzondere jeugdzorg? Dit is het onderwerp van het tweede deel van deze publicatie. Meer bepaald wordt de idee uitgewerkt om stapsgewijs een alcohol- en drugbeleid te ontwikkelen in de voorziening. De verschillende, te doorlopen, stappen zijn hieronder schematisch weergegeven. In de volgende 3 hoofdstukken lichten we elke stap uitvoerig toe en wordt via concrete methodieken[3] de mogelijkheid geboden om deze stappen in de eigen voorziening ter sprake te brengen. Hoofdstuk 4 bespreekt het interventieschema waarbij de schillende componenten van een alcohol- en drugbeleid tegenover elkaar geplaatst worden. Hoe alles concreet gerealiseerd kan worden, is terug te vinden in het vijfde hoofdstuk. In het afsluitende zesde hoofdstuk worden een aantal conclusies getrokken.

STAPPEN IN DE BELEIDSONTWIKKELING

1. Stilstaan bij de **eigen waarden en normen** van het personeel in de voorziening (hoofdstuk 1).

2. Komen tot gemeenschappelijkheid in verband met **de algemene identiteit** van de voorziening. Bedoeling is om daarop de werkwijze en de doelstellingen voor een drugbeleid op af te stemmen (hoofdstuk 2).

3. Uitwerking van de **drie componenten** van een beleid binnen de eigen voorziening (hoofdstuk 3).
In willekeurige volgorde zijn dit: *het opstellen van een plan, interventie* en *opvoeding.*

4. **Regelmatige evaluatie** en **bijsturing**

Tussendoor: contactname en uitwisseling met externe instanties.

[3] De in deze publicatie opgenomen methodieken zijn ook als losbladige bijlage op de VAD verkrijgbaar.

1.

De eigen waarden en normen

De eigen waarden en normen, kennis en opvattingen, gevoelens,... spelen mee in onze reacties op genotmiddelen (Denk aan het verhaal van de paddestoel). Er wordt daarbij soms een dubbele moraal gehanteerd. De ons gekende middelen zoals medicatie en alcohol worden als vrij vanzelfsprekend ervaren (en dus ongevaarlijk?) in tegenstelling tot de ons onbekende middelen. Maar daarin schuilt misschien juist het gevaar? Alcohol is eigenlijk een hard drug en kan lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid en tolerantie met zich meebrengen. Andere, vaak illegale drugs lijken, omwille van hun onbekendheid, soms gevaarlijker en onbetrouwbaarder.

Het is daarom aangewezen om in eerste instantie bij de eigen waarden en normen stil te staan. Dit kan aan de hand van de volgende methodiek.

Methodiek: Morgen drinken we sangria aan de Costa del Sol

Deze oefening is een bruikbaar hulpmiddel om zich van de eigen waarden en normen bewust te worden. Ze wordt in verschillende sectoren (onderwijs, horeca, het bedrijfsleven... en de bijzondere jeugdzorg) in aangepaste versies gehanteerd.

Concreet verloopt de oefening als volgt. Iedereen rangschikt de 6 situaties volgens graad van gevaarlijkheid. Daarna wordt elke situatie besproken aan de hand van de argumenten van zij die een laag cijfer gegeven hebben tegenover de argumenten van degenen die een hoog cijfer gegeven hebben. Op die manier komt een discussie tot stand waarbij het niet de bedoeling is juist van fout te onderscheiden maar wel de verschillende meningen aan bod te laten komen. Iedereen bekijkt het fenomeen immers door een welbepaalde bril met elk zijn beperkingen.

Deze oefening is bruikbaar voor het ganse team van de voorziening. Het doornemen ervan door alle teamleden is reeds een eerste stap in de beleidsontwikkeling. Er wordt stilgestaan bij ieders eigen waarden en normen en de onderlinge verschillen daarin. Zo wordt ook duidelijk welke noden en leemtes er nog bestaan en via welke afspraken men hieraan kan tegemoet komen. Voorbeelden: de nood aan produktinformatie over de illegale drugs bij de begeleiders kan men opvangen door vorming te organiseren; als er onduidelijkheid is rond de communicatie met de jongeren, kan men daarrond afspraken maken; door de onzekerheid en gedeelde machteloosheid voor het onbekende kan de vraag ontstaan naar intervisie met andere voorzieningen, enz.

OEFENING: MORGEN DRINKEN WE SANGRIA AAN DE COSTA DEL SOL

Rangschik de 6 situaties naar de mate van gevaarlijkheid die ze voor u hebben. De meest gevaarlijke situatie krijgt het cijfer 6, de minst gevaarlijke situatie het cijfer 1.

1 = MINST GEVAARLIJK

6 = MEEST GEVAARLIJK

☐ **Bart** (17 jaar) houdt zich vrij goed aan het reglement van de instelling. In het weekend gebruikt hij soms XTC om, naar eigen zeggen, onvermoeibaar en ten volle te kunnen fuiven. Dit alles heeft echter geen invloed op het groepsgebeuren binnen de instelling.

☐ **Groep 4** gaat elk jaar op vakantie naar Spanje. Om geen enkele dag te verliezen wordt er in een stuk doorgereden. Dat is wel wat lastig, maar met voldoende koffie en onderweg twee keer een pilletje om wakker te blijven lukt het de begeleiders om de nacht door te rijden. De volgende dag zijn ze dan tegen de middag ter plaatse.

☐ **Veerle** is een uitstekende opvoedster, zij zorgt er steeds voor om in topconditie te zijn. Af en toe neemt zij wel eens een pilletje om verlost te zijn van pijn of ongemakken.

☐ **Jan** en zijn teamgenoten houden van de informele babbel die op regelmatige basis tussen pot en pint in het café in de buurt wordt georganiseerd. Thuis drinkt hij een aperitiefje voor het eten en een glaasje bier of wijn bij het avondmaal. De avonden verlopen meestal rustig met een of twee biertjes voor de televisie, bij voorkeur drinkt hij dan een lekker streekbier.

☐ **Lieve** rookt 20 sigaretten per dag. Ze rookt om zich te ontspannen. Ze kent de gezondheidsrisico's die aan het roken verbonden zijn, maar vindt dat iedereen van iets moet doodgaan.

☐ **Frank** rookt marihuana met zijn vrienden. Af en toe koopt hij een hoeveelheid, maar hij verkoopt ze niet door. Tijdens de weekends heeft hij een job als nachtwaker in een bedrijf, om de tijd te doden rookt hij wel eens een joint.

OVERZICHTSTABEL
(Uit: Draaiboek, drugbeleid op school, VAD, 1993)

Hieronder vindt u een overzichtstabel die de verdeeldheid van de meningen visueel weergeeft.

- Teken het schema over op een bord
- Vul per situatie het aantal personen in dat een bepaald cijfer heeft gegeven
- Kijk naar de verdeling en bespreek

1. Liggen de keuzes gelijk of erg tegengesteld ?
2. Vanuit welke overwegingen verantwoordt elk zijn keuze ?
3. Wat is verrassend in de argumenten van de anderen ?

	1	2	3	4	5	6
BART						
GROEP 4						
VEERLE						
JAN						
LIEVE						
FRANK						

TIPS VOOR DE BESPREKING

1. Beoordeling als gevaarlijk gedrag

- **Gevaar voor zichzelf/ de anderen**

Deze discussie komt meestal aan bod bij de rookgewoonte van Lieve. Ziet men dit gedrag als een persoonlijk probleem of zijn er gevolgen voor anderen ? Ook de gevolgen voor het eigen gedrag kunnen verschillen. Roken beïnvloedt het gedrag niet, drinken daarentegen wel. Het probleemgedrag kan ook zijn gevolgen voor anderen hebben. Maar de begeleiding van Groep 4 kan eveneens een gevaar voor de inzittenden en voor de andere weggebruikers betekenen.

■ **Eenmalig gebruik/ Langdurig gebruik**

Gevaarlijk gedrag, gedefinieerd als verslavend gedrag, is een criterium dat kan aan bod komen bij Jan die gemiddeld 7 alcoholconsumpties per dag neemt. Drie glazen per dag wordt als drempel genomen voor de schadelijkheid van de gezondheid. Die situatie kan tegenover groep 4 geplaatst worden waar enkel iets gebruikt wordt in uitzonderlijke omstandigheden.

■ **(Gebrek aan) kennis en informatie over het produkt**

Vaak krijgt het gebruik van marihuana een hoge score vanuit een tekort aan kennis over het produkt. Men kent de graad van psychische en fysische afhankelijkheid niet.
Alcohol is beter gekend in onze cultuur, maar zorgt voor afhankelijkheid op psychisch en fysiek vlak. Overmatig gebruik ervan kan tot agressief gedrag leiden en dit in tegenstelling tot het gebruik van marihuana.

■ **(Gebrek aan) kennis van de gebruiker**

Naargelang men de voorgeschiedenis van een gebruiker kent, zal men anders reageren. In deze oefening kent men de betrokken personen niet. Een oordeel vellen gebeurt dan zeer vlot. Toch mag men niet uit het oog verliezen dat de kennis van iemands persoonlijkheid, zijn leefwereld en zijn situatie bepaalt hoe men tegenover deze persoon en zijn gebruik staat. Ook het gebrek aan kennis van de persoon kan het eigen oordeel kleuren.

■ **Legaal of illegaal**

Marihuana en XTC zijn illegale produkten. Ook omwille van de illegaliteit kunnen deze produkten als gevaarlijk beoordeeld worden. Het gebruik van deze produkten kan immers gerechtelijke gevolgen hebben. Geen controle hebben over de verspreiding ervan, maakt de produkten ook gevaarlijk. Zo is geweten dat XTC zeer verschillend kan zijn qua samenstelling.

■ **Eigen ervaring**

Ook de eigen ervaring telt mee in het vormen van een mening. Vaak herkent men zichzelf bijvoorbeeld in de situatie van Veerle of Lieve. Als men de situatie zelf ervaren heeft, reageert men vaak met een extreme score.

■ **Enz...**

Er is geen éénduidig antwoord voor deze oefening. We moeten respect leren hebben voor ieders mening. We stellen vast dat één situatie door verschillende personen anders wordt beoordeeld. Ieders gedrag wordt door de eigen stellingname gestuurd. Elk antwoord is dus een juist antwoord.
Wanneer volwassenen zulke uiteenlopende visies hebben over deze problematiek, zullen bij een bespreking met jongeren bijgevolg ook verschillende meningen tot uiting komen.

2. De drie M 's

Bij het vormen van een eigen mening dienen we de aspecten mens, middel en milieu in rekening te brengen:

- **MENS:**

De individuele kenmerken van een persoon hebben een invloed op het ontstaan van alcohol- en andere drugproblemen. Of een persoon al dan niet problemen zal krijgen met zijn alcohol- of druggebruik wordt onder andere ook bepaald door:

- de persoonlijke draagkracht
- het zelfvertrouwen
- de manier waarop een persoon met pijnlijke ervaringen of conflicten omgaat
- ieders kennis en opvattingen

Wanneer men gebruikt om problemen op te lossen is de kans groter dat men regelmatig of onverantwoord gaat gebruiken.

- **MIDDEL:**

Alcohol en andere drugs zijn middelen die het bewustzijn beïnvloeden. Naast deze aantrekkelijke eigenschappen kan regelmatig gebruik of misbruik aanleiding geven tot problemen. Niet iedereen die alcohol of andere drugs gebruikt, krijgt er problemen mee.
Het is wel zo dat de kans op gebruik en misbruik groter wordt bij een ruimer en meer verspreid drugaanbod. De risico's tot verslaving verschillen ook naargelang de aard van de drugs.

- **MILIEU:**

Alcohol- en ander druggebruik zijn cultuurgebonden. De westerse cultuur is erg tolerant tegenover alcoholgebruik. Men is er immers mee opgegroeid en men heeft geleerd ermee om te gaan. Dagelijks zijn er diverse gelegenheden waarin het gebruik van alcohol wordt aangemoedigd.
Sommige jongerengroepen staan tolerant tegenover het gebruik van illegale drugs. De sociale druk om te drinken of om drugs te gebruiken kan soms zeer groot zijn: de vriendengroep, de reclame, het voorbeeld van de volwassene, gewoonten in het gezin, gebruik in dancings ...
Willen we problemen ten gevolge van alcohol- en ander druggebruik voorkomen, dan kunnen we best aandacht besteden aan deze drie factoren.

2.

De identiteit van de voorziening

2.1. Eigen haard is goud waard

In het vorige hoofdstuk hebben we stilgestaan bij de eigen waarden en normen. Het is aangewezen om nu, zonder de eigen mening daarom te moeten wegcijferen, met de ganse (teamwerking van de) voorziening tot een consensus of een gemeenschappelijke visie te komen. Duidelijkheid is zowel voor de jongere als voor het personeel van de voorziening essentieel. Voor de jongere is het goed te weten wat mag en niet mag en de gevolgen van een overtreding te kennen. Voor de individuele opvoeder is kennis van de afspraken rond gebruik van alcohol, drugs, roken en medicatie onontbeerlijk. We moeten dus komen tot een gemeenschappelijk gedragen alcohol- en drugbeleid.

Hét beleid dat voor alle voorzieningen zou gelden bestaat echter niet.
Elke voorziening dient aan de beleidsontwikkeling invulling te geven, rekening houdend met het pedagogisch concept, de identiteit, de eigenheid of de specifieke deskundigheid van de eigen voorziening.

Deze algemene identiteit van de voorziening reikt verder dan de zo net genoemde genotmiddelen. Het gaat om de vraag: wat is de visie op en hoe wordt omgegaan met jongeren en met probleemgedrag (waaronder alcohol- en drugge(mis)bruik maar ook stelen, agressie, spijbelen,...)? Een te éénzijdige nadruk op probleemgedrag beklemtoont overigens vooral het negatieve aspect van jongeren. Een beleid dient ook rekening te houden met de positieve mogelijkheden en hoe die kunnen versterkt worden: Welke factoren spelen mee om hun ontplooiingskansen te ontwikkelen? Hoe kunnen niet-gebruikende jongeren in hun gedrag aangemoedigd worden?

Gezien het ontwikkelen van een gemeenschappelijk beleid rond alcohol en drugs geënt is

op de identiteit van de voorziening, spreekt het voor zich dat men voorafgaand stilstaat bij de eigen situatie. Welke voorziening zijn wij? Om op deze vraag een antwoord te formuleren kan men gebruik maken van de volgende vragenlijst, door elke werker individueel in te vullen.

Methodiek: Individuele vragenlijst[4]

De antwoorden op de individuele vragenlijst (zie volgende pagina) leveren materiaal op dat kan gebruikt worden om de inventaris van de identiteit (zie 2.2.) op te stellen. De (directie van de) voorziening kan ervoor kiezen om deze lijst door alle teamleden afzonderlijk te laten invullen. Iedereen geeft dan zijn eigen mening over de algemene visie van de voorziening en over de specifieke visie rond drugs. Deze visie kan uiteraard reeds expliciet of impliciet aanwezig zijn. Op die manier krijgt men een zicht op de verschillende standpunten van de teamleden (uiteenlopende en gelijklopende meningen) over de werking, de mogelijkheden en de knelpunten van de voorziening. Dit is een concreet en bruikbaar uitgangspunt om de globale identiteit van de voorziening te bepalen en met de beleidsontwikkeling van start te gaan.

[4] De bruikbaarheid van deze vragenlijst werd getoetst bij begeleidingen van het ganse team van een voorziening.

INDIVIDUELE VRAGENLIJST

Elk teamlid vult afzonderlijk deze vragenlijst in.
Daarna worden de verschillende antwoorden met elkaar vergeleken: Wat is verschillend? Wat is gelijklopend?

1. Wat is, naar jouw mening, de visie van de voorziening over probleemgedrag in het algemeen?

2. Wat zijn daarin de tekortkomingen?

3. Welke plaats heeft druggebruik in deze visie?

4. Wat moet volgens jou in eerste instantie het doel zijn van het drugbeleid binnen de voorziening?

( ) Druggebruik sneller ontdekken en sanctioneren
( ) Jongeren weerbaar maken tegen het drugaanbod/de groepsdruk door sociale vaardigheden aan te leren
( ) Gebruik/probleemgebruik open bespreken
( ) Jongeren leren omgaan met alcohol en andere drugs (bij een positieve houding ten opzichte van gebruik)
( ) Jongeren leren omgaan met beperking of verbod (bij een negatieve houding ten opzichte van gebruik)
( ) Vroegsignalering van risicogedrag
( ) Ontwikkelen van regelgeving en sanctionerende maatregelen
( ) Bevorderen van deskundigheid van begeleiders in verband met risicogedrag en risicomiddelen.
( )...

5. Geef bij elke uitspraak aan in hoeverre je ermee akkoord gaat en welke knelpunten je ervaart.

1 = helemaal niet akoord

5 = volledig akkoord

a. De grenzen van wat kan en niet kan m.b.t. drugs in de voorziening zijn voor mij duidelijk

1 2 3 4 5

knelpunten:

b. Vanuit mijn positie heb ik de mogelijkheid om jongeren weerbaar te maken tegen het drugaanbod

1 2 3 4 5

knelpunten:

c. Vanuit mijn positie heb ik de mogelijkheid om bij het (vermoeden van) druggebruik daarover een open gesprek te voeren met de jongere

1 2 3 4 5

knelpunten:

2.2. Inventaris identiteit

Men komt best tot de visie van de voorziening via een gesprek of discussie. Om een coherent alcohol- en drugbeleid te ontwikkelen, dienen binnen de voorziening eerst heel wat zaken besproken te worden. Vooraf is het belangrijk de werkwijze te bespreken. Het lijkt van belang om zoveel mogelijk personeelsleden op een zo democratisch mogelijke manier te betrekken. Wellicht zal er heel wat tijd en energie kruipen in het uitwisselen, argumenteren en op elkaar afstemmen van de persoonlijke visies. Idealiter zou men tot een gedeelde visie moeten komen van waaruit de beleidslijnen rond alcohol en drugs worden bepaald. Een drugbeleid is in wezen niet anders dan een ander beleid: het vraagt tijd.

Vanuit een goede algemene visie kan men de doelstellingen met betrekking tot alcohol en drugs bepalen. Wat willen we met onze voorziening bereiken? De doelstellingen dienen aan de volgende criteria te voldoen: realistisch zijn, concreet zijn, in harmonie zijn met waarden en overtuigingen van de voorziening, in harmonie zijn met andere doelen, niet schadelijk zijn voor anderen, echt gewenst zijn en geloofd worden. Het vooropstellen van doelen maakt het tevens mogelijk om achteraf te evalueren of ze al dan niet ook bereikt werden.

De antwoorden op de individuele vragenlijsten kunnen als uitgangspunt dienen voor een discussie met het ganse team over de algemene visie, de identiteit en de doelstelling(en) van de voorziening. Waarover is er eensgezindheid? Waarover (nog) niet? Wat zijn nog eventuele tekortkomingen?...
Het is de bedoeling om via discussie tot een consensus te komen. De consensus verkregen na de confrontatie van de individuele standpunten wordt als gemeenschappelijk standpunt ingevuld op onderstaande inventaris. Zo krijgen we een idee van de visie, de concrete werkwijze en de doelstellingen van de voorziening. Men bekomt op die manier een blauwdruk van de identiteit. Hier wordt het alcohol- en drugbeleid op afgestemd. Als er geen rekening wordt gehouden met de reeds bestaande fundamenten, zal ook het alcohol- en drugbeleid niet blijven staan.

Alhoewel het theoretisch van groot belang is prioritair bij de eigen identiteit stil te staan, komt het er in de praktijk op neer dat de toespitsing naar een specifiek alcohol- en drugbeleid hiermee parallel verloopt. Men komt immers gauw tot een confrontatie met de algemene identiteit van de voorziening wanneer men rond alcohol en andere drugs gaat werken. Beide sporen (algemeen en specifiek) kunnen dus tegelijkertijd doorlopen worden. Ook doorheen de bespreking in deze tekst lopen beide invalshoeken door elkaar.

INVENTARIS IDENTITEIT: HEBBEN WE DE JUISTE 'INSTELLING'?

A. De identiteit

1. Wat is de visie van de voorziening over probleemgedrag in het algemeen?

2. Indien er kennis is van dergelijke visie, wat zijn dan nog de tekortkomingen?

3. Is er binnen deze visie ruimte voorzien voor de drugproblematiek?

4. Wat is de visie ten aanzien van jongeren?

B. Werkwijze beleidsontwikkeling:

1. Wie komt in aanmerking om het beleid uit te werken?

2. Wie bereidt het voor?

3. Wie wordt betrokken bij de beleidsontwikkeling?

4. Wat wordt eerst besproken?

5. Hoe wordt beslist bij verschil van standpunten?

C. Bepalen doelstellingen.

Wat is het doel (de doelen) van de beleidsontwikkeling voor onze voorziening?

( ) Druggebruik sneller ontdekken en sanctioneren
( ) Jongeren weerbaar maken tegen het drugaanbod/de groepsdruk door sociale vaardigheden aan te leren
( ) Gebruik/probleemgebruik open bespreken
( ) Jongeren leren omgaan met alcohol en andere drugs (bij een positieve houding ten opzichte van gebruik)
( ) Jongeren leren omgaan met beperking of verbod (bij een negatieve houding ten opzichte van gebruik)
( ) Vroegsignalering van risicogedrag
( ) Ontwikkelen van regelgeving en sanctionerende maatregelen
( ) Bevorderen van deskundigheid van begeleiders in verband met risicogedrag en risicomiddelen.
( )...

3.

De componenten van een alcohol- en drugbeleid

Na de inventaris van de identiteit van de voorziening, komt de uitwerking van het alcohol- en drugbeleid. Idealiter wordt een beleid ontwikkeld in een vroeg stadium, vooraleer er problemen optreden. Maar vaak komt er pas energie vrij om een beleidsplan op te zetten naar aanleiding van een concrete crisissituatie. Vooral als men aan den lijve met het drugprobleem wordt geconfronteerd, kan er iets gebeuren. Het beleid zal echter geen oplossing bieden voor deze situatie. De crisis kan wel de aanleiding zijn om een kader te ontwikkelen waardoor men nieuwe situaties kan opvangen. Een probleemsituatie is daarenboven zeker geen voorwaarde om met een beleid van start te gaan. Dit kan evengoed en bij voorkeur vanuit een preventieve bezorgdheid gebeuren.

De invulling van een alcohol- en drugbeleid is zeer ruim. Het opstellen van een weldoordacht reglement is één zaak. Het beleid vraagt echter dat nog een aantal andere zaken overwogen worden. Bijvoorbeeld: is er een begeleidingsprocedure voorhanden wanneer er toch gebruik voorkomt; maar ook: hoe kunnen we preventief met de jongeren werken? In een alcohol- en drugbeleid wordt dus met een drietal zaken rekening gehouden, samengevat in de volgende drie componenten: (a) het opstellen van een plan, (b) interventie en (c) opvoeding. Deze componenten staan niet los van elkaar maar verhouden zich als de drie poten van een ronde tafel. Deze poten dienen op elkaar afgestemd te worden en verbonden te zijn door een tafelblad of: de identiteit, het pedagogisch concept met de doelstelling van de voorziening (zie hoofdstuk 2). Zonder tafelblad of zonder een goed overwogen plaatsing van de poten valt de tafel omver.

Op de volgende bladzijden wordt de mogelijkheid geboden om via concrete methodieken elk van de drie componenten binnen de eigen voorziening ter sprake te brengen. Op basis van deze discussie kan men binnen de voorziening eenstemmigheid proberen te bereiken over de invulling van de drie componenten. De ideeën uit deze publicatie zijn gebaseerd op de toepassing van deze methodieken bij verschillende voorzieningen. Ze kunnen inspirerend werken bij de beleidsontwikkeling van andere voorzieningen.

3.1. Opstellen van een plan[5]

Onder deze component valt de reglementering en sanctionering in de voorziening. Dit wordt als volgt omschreven (Van Reybrouck & De Maeseneire, 1993):

Een drugplan binnen een voorziening moet in de eerste plaats duidelijk de grenzen aangeven van wat kan en wat niet kan met betrekking tot eventueel druggebruik binnen de voorziening. Bij voorkeur gaat het dan niet alleen over illegale drugs maar worden hierin ook duidelijke grenzen met betrekking tot alcohol- en medicatiegebruik opgenomen. Wat is de houding tegenover druggebruik binnen de voorziening, aan de deur van de voorziening, op fuiven en uitstapjes, ...

Behalve de grenzen moet in het drugplan ook worden aangegeven welke de gevolgen zijn wanneer deze grenzen worden overschreden. Wat zijn de sancties voor individuele gebruikers, dealers, een groep van gebruikers? Welke zijn de gevolgen van eenmalig gebruik, herhaald gebruik?

In het drugplan moeten voorts een aantal strategieën worden uitgestippeld die een organisatie zal volgen wanneer de grenzen worden overschreden. Dit betekent dat afspraken moeten worden vastgelegd over de rol en de taken van de verschillende betrokkenen: wat moeten begeleiders doen die druggebruik bij jongeren ontdekken of vermoeden, wie voert welke sancties uit?; hoe worden ouders, Comité voor Bijzondere Jeugdzorg en Jeugdrechtbank benaderd, wie is hiervoor verantwoordelijk, welke houding wordt aangenomen tegenover de politie?,...

Een duidelijk uitgesproken drugplan (dat eventueel in het huisreglement wordt opgenomen) heeft als voordeel dat de regels en afspraken door iedereen gekend zijn en dat de betrokkenen onmiddellijk kunnen reageren.

---

[5] In het eerste hoofdstuk van deel 3 (Achtergrondinformatie) wordt de methodiek van het grenzen stellen, als concretisering van de eerste component, besproken.

In de voorziening worden de grenzen vastgelegd van wat kan en niet kan. Grenzen op zich verhinderen niet dat er ook overtredingen plaatsvinden. Het is bijgevolg van belang om ook de strategie te bepalen in geval de grens overschreden wordt. We gaan er immers vanuit dat de regels ook wel eens overtreden (zullen) worden. Van Bilsen (1993) bekijkt het in dit opzicht vanuit een ander maar verhelderend perspectief, namelijk door af te rekenen met het imago van de ideale jeugdhulpverlening:

"Dáár (= in de ideale hulpverlening) houden de jongeren zich aan de regels. En dat behoren ze ook te doen. Daar volgen jongeren altijd de adviezen op van de hulpverleners, want die weten het beter. Jongeren houden zich keurig aan de wet. Hulpverleners gedragen zich ook zoals het hoort. Zij houden zich aan de wet en aan de regels van de instelling. Jeugdhulpverleners geven altijd het goede voorbeeld. Het zijn modellen voor de jongeren, die aan hen toevertrouwd zijn.
Het lijkt mij een verschikkelijk saaie boel. Wie zo'n beeld impliciet als norm stelt, zal zien dat hij/zij verschrikkelijk veel energie moet steken in het onderdrukken van ongewenst gedrag. Want je hebt een prachtig ideaalbeeld en daar werk je naar toe. Helaas wijkt de werkelijkheid elke minuut, ja elke seconde, af van dat ideaalbeeld. Regelovertreding is aan de orde van de dag. Er zijn zoveel geschreven en ongeschreven regels, dat jongeren daarvan voortdurend afwijken." (p. 27)

Methodiek: Stellingen voor instellingen: het opstellen van een plan

Men kan gebruik maken van de volgende stellingen om deze eerste component ter sprake te brengen. Deze stellingen zijn niet lukraak gekozen. Elk behandelen ze een specifiek thema met betrekking tot de eerste component van een drugbeleid: het opstellen van een plan. We geven ze hieronder weer. Door ze te bespreken brengt men in het eigen team de discussie op gang. Uit deze lijst kan men, afhankelijk van de eigen situatie, een keuze maken of zelf een aantal relevante stellingen toevoegen.

STELLINGEN VOOR INSTELLINGEN: HET PLAN

1. Druggebruik is een voldoende reden om iemand te weigeren in de voorziening.

2. Stel dat roken binnen de muren van de instelling niet mag.
a) Een jongere gaat buiten een sigaret roken. Hierop mag dan niet gereageerd worden.
b) Vervang sigaret door alcoholgebruik.
c) Vervang sigaret door een joint, XTC,...

3. Dezelfde regels gelden voor de opvoeder als voor de jongeren.

4. Liever een vervelende niet-gebruikende jongere dan een gebruikende brave jongere.

5. Regels zijn nodig, het overtreden ervan ook.

6. Als er binnen een voorziening verschillend met regels wordt omgesprongen, kun je ze maar beter afschaffen.

BESPREKING STELLINGEN

Hieronder vermelden we een aantal begeleidende vragen die in de bespreking kunnen opgenomen worden. Daarna worden mogelijke discussiepunten weergegeven. Vaststaande antwoorden die voor iedereen zouden gelden, bestaan niet. Deze lijst van discussiepunten is dan ook niet exhaustief.

Begeleidende vragen

- Wanneer wordt iemand geweigerd in de voorziening? Zijn er criteria? Welke?
- Hoe wordt dat meegedeeld? Wie doet de mededeling?
- Hoe ziet de voorziening het verschil tussen gebruik - misbruik - verslaving - dealen?
- Wat wordt wel en wat niet in het team gebracht?
- Wat kan en wat kan niet binnen de voorziening op vlak van middelenmisbruik (alcohol, tabak, medicatie, illegale drugs,...)? Welke expliciete en welke impliciete regels bestaan er reeds?
- Betrekken we in ons beleid enkel het druggebruik binnen de voorziening of gaat het ook over het druggebruik buiten de voorziening?
- Wordt er ook gereageerd op het druggebruik dat buiten de voorziening plaatsvindt, maar toch merkbaar is binnen de voorziening; op druggebruik dat buiten de voorziening plaatsvindt en niet merkbaar is binnen de voorziening; of wordt er enkel op het storend gedrag gereageerd?
- Welke regels gelden voor de jongeren en welke voor het personeel? Is er een onderscheid naargelang de leeftijd?
- Welke sancties worden gehanteerd voor welke regeloverschrijding?
- Welke procedure wordt gevolgd bij regelovertreding?
    * Wat zijn de gevolgen van overtreding?
    * Wie voert de sancties uit?
    * Hoe wordt de strategie bepaald?
    * Hoe soepel zijn de grenzen?
    * Wat is onderhandelbaar?
    * Hoe wordt de problematiek gekaderd in het handelingsplan?
    * Wordt er al dan niet gecontroleerd? Zo ja, op welke manier? Door wie?
- Is het reglement door iedereen gekend (jongeren/personeel)? Is er duidelijkheid omtrent de grenzen?
- Wordt er over drugs gesproken bij de intake?
- Heeft de directe begeleider de ruimte om te onderhandelen of is dat een zaak van het team of de directie? Waar liggen de grenzen van vertrouwelijkheid? Hoe worden die grenzen aangegeven?
- Dient er een specialist te superviseren?
- Wat doen we met een vermoeden van druggebruik?
- Wat doen we met een bewijs van druggebruik?
- Wanneer rapporteren? enkel bij zekerheid?
- Aan wie rapporteren we?

- Wat is het verschil in regelgeving voor het gedrag van de begeleiders in de werksituatie en voor het gedrag in de privésfeer?
Het stellen van regels ten opzichte van de jongeren, het aanbieden van structuur is op zich ook reeds opvoedend. Maar hoever moet je hierin gaan? Wanneer moeten de regels aangepast worden?...

Discussiepunten

Reglementering is slechts een onderdeel bij het opstellen van een plan. Ook de strategieën moeten duidelijk zijn in geval de regels overtreden worden. Ahuis (1990) geeft 3 voorwaarden die nodig zijn voor het opstellen en hanteren van regels:

1) Inspraak van bewoners.

Als jongeren inspraak hebben in de regels, blijkt dat ze deze beter naleven. Zo kunnen jongeren een adviserende rol toebedeeld krijgen.

2) De zin van een regel dient altijd duidelijk te zijn.

3) Regels zijn nooit surrogaat voor communicatie met de jongeren.

Het volgende voorbeeld met betrekking tot regelgeving komt uit Nederland maar is tevens herkenbaar voor de Vlaamse situatie.

Illustratie regelgeving

In het Nederlandse project te Drenthe (meer informatie over dit project bevindt zich in deel 3, hoofdstuk 4) worden in een grote instelling een aantal algemeen geldende regels gebruikt. Deze regels dienden wel nog in de afzonderlijke leefgroepen verduidelijkt te worden.
- Er wordt geen alcohol gedronken. Speciale gelegenheden kunnen een uitzondering mogelijk maken.
- Binnenshuis is roken alleen toegestaan in de daarvoor aangewezen ruimten.
- Soft drugs: het bezitten, gebruiken en verhandelen van hasj en marihuana is niet toegestaan.
- Het bezitten, gebruiken en verhandelen van hard drugs (cocaïne, extacy, heroïne e.a.) is niet toegestaan.

Het belang van regelgeving is uiteraard ruimer dan enkel alcohol en drugs. Het is daarom aangewezen om de specifieke regels te kaderen in de rest van het huisreglement.

Om duidelijkheid te creëren kan men binnen het team van de voorziening tot interne positionering komen, waarbij de sanctionerende opdracht (bv. de directie) en de begelei-

dende opdracht (bv. pedagoog/psycholoog, individuele begeleider) door verschillende functies worden opgenomen. Mits verduidelijking kunnen deze beide taken ook door dezelfde persoon worden opgenomen.

Naast interne is ook externe positionering van belang. Hiervoor dient men afspraken te maken met externe diensten over wie de sanctionerende en wie de begeleidende taak (zie interventie) op zich neemt. In het eerste geval zijn de externen justitie, politie en rijkswacht.

Begeleidende vragen

- Dienen er vooraf afspraken gemaakt te worden met politie of rijkswacht? Welke?
- Hoe gebeurt dat met ander probleemgedrag?
- Wanneer politie contacteren?
- Nemen we stelling t.a.v. ministerie/politici?

3.2. Interventie[6]

Een omschrijving van de interventiecomponent luidt (Van Reybrouck & De Maeseneire, 1993):

"Naast sanctionerende maatregelen is het nodig dat er een begeleidende component in het drugbeleid van een organisatie wordt voorzien. Hierbij zal meestal niet het druggebruik maar wel de achterliggende problemen van de betrokken jongere(n) het aanknopingspunt vormen.

Die begeleiding wordt bij voorkeur in de voorziening zelf georganiseerd (door orthopedagoog, psycholoog, vertrouwensopvoeder, individuele begeleider,...), maar kan ook worden doorverwezen naar hulpverlening buiten de voorziening, met de mogelijkheid tot opvolging (doorverwijzen betekent niet uit handen geven)."

Tussen het ontwikkelen van een drugbeleid in de voorziening en in de school zijn een aantal gelijkenissen. We verwijzen hiervoor naar de daaraan gewijde publicaties ("Draaiboek voor het ontwikkelen van een drugbeleid op school", VAD 1993; "School voor de spiegel: naar een eigen schoolbeleid voor (drug)problemen", Stichting Welzijnszorg Provincie Antwerpen, 1994). Een belangrijk verschil is wel dat een voorziening bijzondere jeugdzorg op zich meer hulpverleningsgericht is dan een school. Bijgevolg krijgt het interventieluik in de voorziening vaak reeds een meer centrale plaats toebedeeld.

Er zijn een drietal redenen aan te geven waarom een voorziening bij voorkeur zoveel mogelijk zelf de begeleiding op zich neemt wanneer men met drugs wordt geconfronteerd dan dat men jongeren doorverwijst naar de drughulpverlening.

1) Als jongeren direct worden doorverwezen naar de drughulpverlening vanaf het moment dat ze met drugs in aanraking komen, heeft dit een stigmatiserend effect voor de jongere. Een jongere die één keer een "joint" heeft gerookt is geen "junk", maar het risico bestaat dat hij wel zo wordt beschouwd als hij onmiddellijk wordt doorgestuurd.

---

[6] Mogelijke invullingen in verband met interventie zijn terug te vinden in hoofdstuk 2 van deel 3.

2) Bij directe doorverwijzing naar de drughulpverlening, bestaat tevens het gevaar voor stigmatisering van de voorziening zelf. Geeft men daarmee immers niet te kennen dat men het fenomeen zelf niet aankan? Een te vlugge doorverwijzing illustreert namelijk de eigen machteloosheid (denk aan het verhaal van de paddestoel).

3) De derde reden is van praktische aard, maar is daarom niet de minste. In de drughulpverlening bestaan immers vaak wachtlijsten. Het lijkt dus aan te raden om als voorziening zoveel mogelijk zelf de begeleiding op zich te nemen. Dit belet niet dat er nog een leegte bestaat tussen de bijzondere jeugdzorg en de drughulpverlening. Een aantal diensten op de eerste en de tweede lijn, zoals Jongeren Advies Centra (JAC) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, kunnen wel als tussenschakel aangesproken worden.

Het opstellen van een reglement is, zoals gezegd, niet de enige opdracht in de beleidsontwikkeling. Terwijl het opstellen van een plan algemeen geldend is en zich richt tot de volledige doelgroep (jongeren en personeel) van de voorziening, is interventie meer individueel gericht. Opnieuw kunnen verschillende aspecten van deze component via stellingen met het team bediscussieerd worden.

Methodiek: stellingen voor instellingen: interventie

De stellingen hebben enerzijds betrekking op de eigen interventiemogelijkheden van de voorziening en anderzijds op de samenwerking en uitwisseling met externe instanties.

STELLINGEN VOOR INSTELLINGEN: INTERVENTIE

1. Wanneer er een fles sterke drank gevonden wordt op de kamer van X is dit geen reden om te interveniëren.

2. Als een jongere in vertrouwen iets zegt tegen een opvoeder over illegaal druggebruik, dan moet deze dit voor zichzelf houden en moet hij zelf maar zien wat hij ermee doet.

3. Rond de problematiek van drugs treden wij alleen maar op als jongeren met een vraag of een probleem naar ons toekomen, anders niet.

4. Wie bespreking van zijn/haar gebruik van drugs niet toelaat is niet langer begeleidbaar in onze voorziening.

5. Bij vermoeden of vaststellen van druggebruik moet direct doorverwezen worden naar de gespecialiseerde hulpverlening.

6. De plaatsende instanties moeten de aanwezigheid van druggebruik melden aan de voorziening. (en omgekeerd)

7. Het voorschrijfgedrag van de dokter staat boven alle discussie.

8. Ouders worden onmiddellijk op de hoogte gebracht van het druggebruik van de jongere.

BESPREKING STELLINGEN

De eerste vier stellingen hebben betrekking op de eigen begeleidingsmogelijkheden van de voorziening. Als jongeren problemen ontwikkelen ten gevolge van gebruik, rijzen immers vragen als:

- Is er begeleiding voorzien binnen de voorziening? Waar liggen onze grenzen?
- Wat zijn indicaties voor interventie?
- Hoe ziet die begeleiding eruit?
- Wie neemt deze begeleiding op (vertrouwensopvoeder, psycholoog/pedagoog) of moet er doorverwezen worden?
- Hoe wordt gereageerd op andere problemen?

Discussiepunten

Als jongeren drugs gebruiken, is dit slechts een onderdeel van hun totale persoon. Het is soms maar een symptoom voor ander gedrag. Toch is er de contradictie: Hoe moeten we werken met illegale zaken? Begeven we ons dan niet op glad ijs?

De kernvraag is: Hoe kunnen we het verbieden (opstellen van een plan) maar tegelijk ook begeleiding bieden als het probleem zich stelt (interventie)?
Het alcohol- en drugbeleid van de voorziening geeft op deze vraag een antwoord.

Er is een onderscheid tussen druggebruik, drugmisbruik en drugverslaving. Was de stelling: "*drugverslaving* is een voldoende reden om iemand te weigeren in de voorziening", bestond er wellicht geen discussie. Er bestaan echter geen eenduidige criteria om het onderscheid te bepalen tussen druggebruik, drugmisbruik en verslaving. Verschillende factoren spelen een rol: de Mens, het Middel en het Milieu ("Wie gebruikt welk middel in welke omstandigheden?"). De functie van het alcohol- of druggebruik is een belangrijk criterium: Wat betekent het en in welke behoefte voorziet het gebruikte middel voor die persoon? (Jezek & Konijn, 1992). Daarnaast kan het verhelderend zijn te weten welke plaats het middel inneemt in het dagelijkse leven van de gebruiker (Stichting Welzijnszorg, 1994). Zo staat het middel in het leven van de verslaafde meer centraal dan in het leven van de experimenteerder.

Het uitwerken van een beleid is geen louter interne aangelegenheid. Ook en vooral bij interventie dient er uitwisseling en toetsing plaats te vinden met externen, met name de hulpverlening (dokter, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, gespecialiseerde drughulpverlening,...), de andere voorzieningen, de school en niet in het minst met de ouders en de plaatsende instanties (het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg en de Jeugdrechtbank).
De laatste vier stellingen hebben betrekking op deze externen.

5. Bij vermoeden of vaststellen van druggebruik moet direct doorverwezen worden naar de gespecialiseerde hulpverlening.

Begeleidende vragen

- Wanneer wordt tot doorverwijzing overgegaan? Naar waar wordt doorverwezen?
- Wie verwijst door? Wie staat in voor de opvolging?
- Met wie wordt contact opgenomen?
- Hoe kan de begeleiding best opgevolgd worden?
- Heeft men zicht op de verwijzingsmogelijkheden (de sociale kaart), de voorwaarden, de intakeprocedure?
- Hoe de jongere motiveren tot behandeling?
- Wat is de relatie met de gemeenschapsinstellingen Beernem, Mol en Ruiselede inzake deze problematiek?

Discussiepunten

Elke voorziening heeft mogelijkheden maar kent ook zijn grenzen en beperkingen. Instellingsmedewerkers zijn het er meestal over eens dat drugverslaafden niet in de bijzondere jeugdzorg maar in de gespecialiseerde drughulpverlening thuishoren. In feite komen voorzieningen relatief weinig met verslaafden in contact. De vraag stelt zich eerder: wat gebeurt er met een vermoeden, met een vaststelling van druggebruik, met problematisch gebruik,...? Naast het grenzen stellen in geval een regel overtreden is (= opstellen van een plan), kan een voorziening er dan voor kiezen om in bepaalde situaties begeleidend op te treden (= interventie). Concrete methodieken voor elk van beide aspecten zijn terug te vinden in de eerste twee hoofdstukken van het derde deel. Men dient er echter over te waken dat beide benaderingswijzen duidelijk van elkaar onderscheiden worden. Een begeleidend gesprek heeft geen sanctionerende of controlerende bedoelingen.

6. De plaatsende instanties moeten de aanwezigheid van druggebruik melden aan de voorziening.

Begeleidende vragen

- Wanneer plaatsende instantie betrekken? Welke rol heeft de plaatsende instantie in het kader van het handelingsplan?
- Zijn ze op de hoogte van het instellingsbeleid?

Discussiepunten

Een belangrijk aandachtspunt is de samenwerking tussen plaatsende instanties (Jeugdrechtbank en Comités voor Bijzondere Jeugdzorg) enerzijds en voorzieningen anderzijds. Via overleg kan men tot een duidelijke positionering komen. Beide partijen hebben wederzijds een aantal vragen:

Vanuit de comités:

* Waar kunnen wij jongeren die met drugs in aanraking komen plaatsen?
* Kunnen wij ook in een vroegtijdig stadium bij de begeleiding betrokken worden en niet enkel bij een crisis als stok achter de deur aangewend worden?
* Kunnen wij bij de verschillende stappen in de beleidsontwikkeling geïnformeerd en/of betrokken worden?

Vanuit de voorzieningen:

* Kunnen comités bij een plaatsing vermelden of een jongere met drugs te maken heeft (gehad)?
* Als drugs vermeld wordt bij een jongere kan dat dan ook gedifferentieerd worden naar soort, hoeveelheid, periode, achtergrond, ernst van de situatie,...?
* Kunnen er ook positieve eigenschappen van de jongere in de beschrijving opgenomen worden?

7. Het voorschrijfgedrag van de dokter staat boven alle discussie.

Begeleidende vragen

- Is de huisarts op de hoogte van het instellingsbeleid?
- Zijn er afspraken rond eventuele controles?
- Wordt de huisarts betrokken bij het beleid?
- Hoe wisselt men informatie uit?

Het gebruik van medicatie is bij jongeren in de bijzondere jeugdzorg vrij hoog. Dit roept volgende vragen op:
- Hoe gaan we hier mee om?
- Moeten we een lijst opmaken van de gebruikte medicatie om zo een zicht te krijgen op de omvang?...

8. Ouders worden onmiddellijk op de hoogte gebracht van het druggebruik van de jongere.

Begeleidende vragen

- Worden ouders op de hoogte gebracht? Wanneer gebeurt dat?
- Hoe informatie uitwisselen met de ouders?
- Wie neemt contact met hen op?
- Op welke manier worden ouders bij de begeleiding betrokken?
- Is er een verschil in samenwerking afhankelijk van de leeftijd, de achtergrond, het geslacht,... van de jongere? Zo ja, welk?

Discussiepunten

De situatie van de ouders binnen de bijzondere jeugdzorg is vrij specifiek. De meeste jongeren hebben nog een gezin of een restgezin (1-oudergezin of samengesteld gezin). De voorzieningen hebben ook als opdracht om gezinsgericht te werken. Naast de informatie die de voorziening aanbiedt, kunnen ouders ook zelf heel wat informatie terugkoppelen over het gedrag van de jongere in het ouderlijk huis. Over de wijze waarop met de ouders wordt samengewerkt, dient men vooraf duidelijke afspraken te maken.

Kortom, niet alleen goede interne afspraken zijn cruciaal maar hetzelfde geldt voor de samenwerking met externe diensten.

3.3. Opvoeding

Deze derde component kan als volgt worden omschreven (Van Reybrouck & De Maeseneire, 1993):

"Naast een drugplan en begeleiding bij problemen voorziet een preventief drugbeleid, drugpreventie op het niveau van de jongeren.

Naast expliciete preventie is het klimaat en de groepssfeer (impliciete preventie) van groot belang in de preventie van drugmisbruik. Bij de impliciete preventie gaat het dan vooral om de sfeer, de verantwoordelijkheden die jongeren kunnen nemen, de openheid voor initiatieven, verhoudingen tussen begeleiders en jongeren,... Ook dient voldoende aandacht te worden besteed aan de mogelijkheden en kansen die niet-gebruikende jongeren krijgen om zich waar te maken, om zich goed te voelen binnen de groep en om een eigen plaats te verwerven binnen de leefgroep. Het bespreken van het instellingsklimaat en de rol van alle betrokkenen in het totstandkomen van een open sfeer, zijn even belangrijk als de meer formele aspecten van een drugplanning. Bij dit alles is het belangrijk om de jongeren sociaal weerbaar te maken. Het aanleren van sociale vaardigheden gebeurt door het dagdagelijkse samenleven (onze antwoorden als begeleider op de vragen van de jongeren, ons modelgedrag,...).

Op basis van de visie-ontwikkeling en het bepalen van de doelstellingen van de voorziening (het beleid) kan daarnaast de nood ontstaan aan deskundigheidsbevordering van de begeleiders. Het opzetten van een concrete vorming kan daaraan tegemoet komen."

Met de ruime term "opvoeding" wordt dus zowel expliciete als impliciete preventie bedoeld. Onder expliciete preventie worden een aantal activiteiten verstaan die met jongeren rond het thema "alcohol en drugs" kunnen plaatsvinden. Enkele voorbeelden: specifiek spelmateriaal, een thema-activiteit, discussienamiddag, voorlichtingspakketten (al dan niet met nadruk op sociale vaardigheden,... In het derde hoofdstuk van deel 3 worden een aantal mogelijkheden toegelicht. Opdat er geen te éénzijdige aandacht op probleemgedrag zou ontstaan ten koste van de aandacht voor gewenst gedrag, is het evenzeer van belang de zogenaamde "impliciete preventie" te benadrukken. Deze behelst onder meer: het klimaat in de voorziening, open sfeer tussen begeleiders en jongere, kan er open gesproken worden over moeilijke thema's, bestaan er alternatieven voor druggebruik?... Ook de vorming van het personeel van de voorziening valt onder deze noemer. Het weze duidelijk dat heel wat voorzieningen door hun werking reeds preventief kunnen zijn.

Daarnaast hebben ook structurele maatregelen preventieve consequenties. We denken daarbij aan het belang van een gezellige vrije tijdsruimte, het inrichten en versieren van bepaalde lokalen, de zorg voor de privacy van jongeren, het stimuleren van een goede vrije tijdsbesteding, enz. Hebben jongeren een ruimte waar ze met elkaar kunnen praten, een plaats waar ze zich goed voelen? Indien men bijvoorbeeld een aantrekkelijke speelruimte (met voetbaltafel, tafeltennismogelijkheden, zitbanken,...) bouwt, is men preventief bezig. Dergelijke inspanningen hebben als sterkte dat ze vertrekken vanuit de positieve mogelijkheden van jongeren.

Methodiek: richtvragen klimaat

Het is niet steeds eenvoudig om de effecten van preventie te objectiveren. Men kan immers moeilijk achterhalen hoeveel personen bijvoorbeeld *niet* begonnen zijn met het gebruiken van drugs ten gevolge van een preventieve inspanning. Bij hulpverlening kan je meestal wel nagaan of het probleem al dan niet werd opgelost en op welke manier. Bij preventie ligt dit anders. Dit betekent uiteraard niet dat er niets moet gebeuren. Vaak wordt ook vergeten dat men reeds preventief *is*, namelijk door zijn werking, door het klimaat en door de sfeer in de voorziening.

Gezien deze zaken moeilijk te vatten zijn, kan onderliggende vragenlijst helpen in het inventariseren van wat reeds aanwezig is en waaraan nog behoefte is.

Richtvragen bij het uitdiepen van het klimaat in de voorziening [7]

1) Op welke manier vertonen de opvoeders ondersteunend en stimulerend gedrag?

2) Op welke manier vertoont de directie ondersteunend en stimulerend gedrag?

3) Op welke manier voelen jongeren dat we echt om hen geven?

4) Op welke manier kan er een vertrouwensrelatie bestaan tussen

- opvoeders en jongeren
- directie en jongeren
- directie en opvoeders
- opvoeders onderling
- plaatsende instanties en directie
- plaatsende instantie en jongere

5) Hoe gedragen de jongeren zich

- tegenover de directie, de staf en de opvoeders?
- tegenover elkaar?

6) Welke sfeer heerst er in de voorziening?

- Wat maakt dergelijke sfeer mogelijk?
- Moet er iets veranderen? Zo ja, op welke manier?
- Hoe (structurele) wijzigingen aanbrengen?

7) Op welke manier worden beslissingen genomen en conflicten opgelost tussen het personeel en de jongeren?

---

[7] Geïnspireerd op "richtvragen bij het uitdiepen van een schoolklimaat" uit: Draaiboek: een drugbeleid op school (1993). VAD. De Man, H. p. 42-43.

8) Hoe worden de jongeren én de opvoeders betrokken in het plannen en beslissen van gebeurtenissen?

9) Op welke manier kan het pedagogisch concept en de verwachtingen van de voorziening duidelijk zijn voor iedereen?

10) Wanneer en in welke mate worden ouders in verband met preventie betrokken bij de voorziening?

11) Welke opvoedingsstijl heerst er in de voorziening?

12) Strategie naar de jongere:

- Voelen jongeren dat ze in een veilige leefomgeving zitten? Hoe?

- Kan de jongere zelf een drugprobleem aanbrengen?

- Is er een manier om regelmatig deze problematiek aan te kaarten in een niet bedreigend kader?

- Is het nodig drugvorming op het niveau van de jongere te voorzien? Hoe wordt deze vorming ingepast in het globale vormingspakket: omgaan met risico's, "neen" kunnen zeggen, vaardigheids- en assertiviteitstraining, sociale weerbaarheid,...?

- Wie geeft de vorming? Wordt er een buitenstaander bij betrokken (J.A.C., huisarts, politie,...)? Waaruit bestaat deze vorming?

- Hoe wordt de groep betrokken? Gebeurt dit via groepsdiscussies?

- Wordt er gewerkt binnen een korte- of een lange termijnstrategie?

13) Strategie naar het personeel:

- Welke mogelijkheden krijgen de opvoeders?

- Welke ondersteuning biedt de voorziening voor de opvoeders?

- Is er voldoende deskundigheid? Zo niet, waar is nog nood aan?

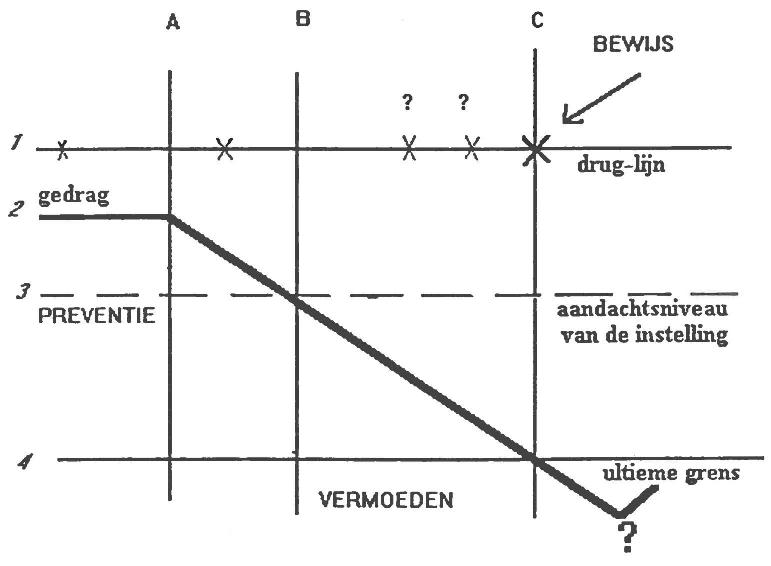
- Kan men de drugproblematiek kaderen in de persoonlijkheidsontwikkeling, in het waarden- en normenpatroon van de jongere?

- Kan een begeleider privé-ervaringen inbrengen in het gesprek met de jongere (bv. eigen gebruik of vroeger gebruik)?

4.

Het interventieschema:[8] situering van de drie beleidscomponenten

In het voorgaande hoofdstuk werden de drie componenten van een beleid geschetst en werd via concrete methodieken de mogelijkheid geboden tot bespreking en uitklaring ervan in de eigen voorziening. Het hier gepresenteerde interventieschema biedt enerzijds een werkbaar kader voor de situering van deze beleidscomponenten maar geeft anderzijds ook een aantal aanknopingspunten voor concrete interventiestrategieën (Zoals: Wat te doen bij een vermoeden van druggebruik? Wanneer moet opgetreden worden? Waarop moeten we reageren en op welke manier?...)



Figuur 1: Het interventieschema

[8] Het interventieschema en bijhorende ideeën zijn ontwikkeld door Marc Tack (preventiewerker CAT Gent, 1993). Het uitschrijven voor de voorzieningen Bijzondere Jeugdzorg gebeurde door Tomas Van Reybrouck (VAD).

In deze bespreking van het interventieschema wordt een opsplitsing gemaakt volgens de lijnen in het schema. Vooreerst komen de vier horizontale lijnen (1, 2, 3 en 4) aan bod en daarna de drie verticale lijnen (A, B, en C). In een laatste gedeelte komen we terug op de belangrijkste lijn van het schema: de (breed getekende) gedragslijn (2).

4.1. Horizontaal

1. De druglijn (eerste horizontale lijn)[9]

De druglijn is een tijdsas waar op verschillende tijdstippen drugs kan gebruikt worden door een jongere in de voorziening. Op deze lijn kan de kennis van de buitenwereld (de voorziening) over het druggebruik variëren van: "geen weet van gebruik", over "een vermoeden van gebruik" tot "een bewijs van gebruik". Meestal hebben we te maken met een vermoeden van gebruik, gezien het voor de buitenwereld niet steeds duidelijk is of een jongere al dan niet gebruikt. We weten niet zeker of een jongere gebruikt, maar op basis van een aantal gegevens (bv. vriendenkring, bezochte cafés,...) koesteren we soms een vermoeden van gebruik.

Op een bepaald moment in de tijd kan er zich wel een bewijs van druggebruik voordoen waardoor het gebruik van de jongere expliciet aan de oppervlakte komt. Dit bewijs kan zich vrij vlug stellen maar kan evengoed op een laat tijdstip naar boven komen. Het moment waarop het bewijs zich zal aandienen is dus zeer moeilijk te voorspellen. Over de specifieke toedracht van een bewijs, kan overigens ook gediscussieerd worden. Mogelijke bewijsvormen zijn bijvoorbeeld: een jongere geeft toe dat hij/zij drugs gebruikt; er worden drugs gevonden in de kledij, men betrapt hasj-rokende jongeren in de kamer (= minst discutabele vorm van een bewijs), enz.

Problemen die zich hier stellen zijn: wat met gedwongen verklaringen? getuigenissen van anderen? inbreuk op de privacy?, vertrouwen tussen opvoeder en jongere,...
Hier situeert zich tevens de discussie rond het al dan niet aanwenden van urinetesten om vermeend druggebruik na te gaan. Belangrijk om hierbij in overweging te nemen is op welke manier dit aan de jongere aangebracht wordt en wat het doel is van dergelijke testen (sanctionerend? motiverend? begeleidend?...).

Kortom, op deze lijn gaat alle aandacht naar de drugs (het MIDDEL). Centraal staat de vraag: "Wordt er al dan niet gebruikt?"

2. De gedragslijn (tweede horizontale (dalende) lijn)

De tweede lijn is de gedragslijn. Deze lijn is net als de druglijn een tijdsas en geeft het

[9] Dit heeft uiteraard niets te maken met "de Druglijn", het groene nummer (tel. 078/15-10-20) dat in april 1994 door de VAD werd opgestart voor telefonische informatie over drank, drugs en pillen.

gedrag van de jongere in de tijd weer. Dit gedrag kan lange tijd stabiel zijn (of lichtjes fluctueren) en ook zo blijven. Er kan zich echter na verloop van tijd een verandering in het gedrag voordoen (visueel voorgesteld als een dalende lijn). Dit is een verandering in het globale gedrag van de jongere in vergelijking met zijn/haar vroeger functioneren. Deze gedragsverandering is niet noodzakelijk drugspecifiek, maar houdt een wijziging van de totale persoon in en kan bijgevolg ook andere oorzaken (problemen) ten grondslag hebben. Sommige gedragingen zijn immers inherent aan bepaalde levensfasen zoals de puberteit en de adolescentieperiode.
Voorbeelden van dergelijk gedrag zijn: verminderde schoolprestaties, andere vrienden, opstandigheid, depressiviteit,...

Op deze lijn staat de jongere centraal (MENS). Hier is een minder eenduidige vraag (zoals "al dan niet gebruik?" bij de druglijn) te stellen. Meerdere vragen zijn hier aan de orde: Is er gedragsverandering? Hoe uit zich de verandering? Welke veranderingen zijn er?... De nadruk op de gedragslijn geeft dus een ruimer en gedifferentieerder beeld, gezien de totale persoon van de jongere in rekening wordt gebracht. De gedragslijn biedt tevens, zoals verder wordt besproken, meer concrete aanknopingspunten tot interventie.

Aandacht voor deze gedragslijn heeft ook een ruimere reikwijdte dan drugs. Er wordt immers gepoogd om vroegtijdig problemen te detecteren die niet alleen de aanleiding vormen tot druggebruik maar ook tot ander deviant of ongezond gedrag.

3. Aandachtsniveau van de instelling (derde horizontale lijn)

De gedragsverandering die zich bij de jongere voordoet kan door de voorziening al dan niet opgemerkt worden. We gaan er van uit dat op een bepaald moment in de tijd deze gedragsverandering gedetecteerd wordt. Het veranderend gedrag van de jongere is dan binnen het aandachtsniveau van de instelling gevallen. In het schema betekent dit dat de gedragslijn (2) en de lijn van het aandachtsniveau van de instelling (3) elkaar kruisen. Dit is overigens ook het moment vanaf wanneer we van een vermoeden van druggebruik kunnen spreken. Voordien kon er wel reeds druggebruik (druglijn) of een verandering van gedrag (gedragslijn) aanwezig zijn, maar het was de voorziening nog niet opgevallen.

Het aandachtsniveau van een voorziening kan hoog (verandering van gedrag wordt vlug opgemerkt) of laag (veranderend gedrag wordt pas laat waargenomen) gelegen zijn. Verschillende factoren (zoals het volgen van een vorming rond drugs door het personeel van de voorziening waardoor de aandacht verhoogt, de cultuur van de voorziening,...) spelen hierbij een rol.

Het moment waarop de gedragsverandering binnen het aandachtsveld van de voorziening is gevallen, biedt tevens een concreet uitgangspunt om actie te ondernemen.

De derde en de vierde horizontale lijn zijn geen echte tijdsassen, maar op deze lijnen staat de voorziening centraal (MILIEU). Het is bijgevolg afhankelijk van elke voorziening (die onderling kunnen verschillen) wanneer (en hoe) gereageerd wordt.

4. Ultieme grens (vierde horizontale lijn)

Elke voorziening heeft een ultieme grens van wat zij toelaatbaar acht. Deze grens kan verschillen van instelling tot instelling. Elke voorziening zal bepaald gedrag binnen haar grenzen niet tolereren. In verband met illegale drugs kan dit betekenen dat de ultieme grens is bereikt bij het vaststellen van druggebruik (bewijs) of bij dealen, enz. Het is bijgevolg van belang dat de voorziening uitmaakt waar de ultieme grens zich bevindt, maar ook welke procedure gehanteerd wordt bij overschrijding ervan en hoe lang een jongere zich onder deze grens kan begeven en wanneer men zal verwijderen of doorverwijzen?

Het volgende concrete voorbeeld verduidelijkt een vaak terugkerend knelpunt met betrekking tot de ultieme grens.
Volgende situatie doet zich voor: Een jongere dealt drugs (dit kan ook ander probleemgedrag zijn zoals agressie) en bereikt hiermee de ultieme grens van de voorziening. Er wordt beslist dat deze jongere niet langer in de voorziening kan blijven. Hij of zij wordt doorverwezen naar het comité dat op zijn beurt een andere plaatsingsmogelijkheid moet zoeken. De jongere kan echter nergens geplaatst worden. Wat moet er nu gebeuren? Moet de voorziening deze jongere terug opnemen? Naar een onthaal- en oriëntatiecentrum sturen? Is dat nog wel het probleem van de voorziening?...
Vaak worden de grenzen ook verlegd. Zo verplicht de aanwezigheid van drugs in onze maatschappij dat we mee moeten er leren mee leven; ook in de voorziening. De vraag stelt zich echter: "Hoever kunnen of moeten de grenzen verlegd worden?". Wat met dealen? met verslaafden? met verregaande agressie? enz.

Bij het afbakenen van de grenzen (ook de ultieme grens) en het ontwikkelen van een strategie wanneer deze grenzen worden overschreden, herkennen we de eerste te vervullen component voor een beleid in de voorziening, namelijk het **opstellen van een plan** (zie 3.1.).

Uit het schema blijkt dat het veranderend gedrag van de jongere zich gedurende een zekere tijd kan voordoen tussen het moment waarop het door de voorziening werd opgemerkt (lijn 3) en het moment waarop de ultieme grens (lijn 4) werd bereikt. Hoe lang deze tijdspanne duurt, is afhankelijk van hoe hoog (of hoe laag) deze beide lijnen (3 en 4) binnen de voorziening gesitueerd zijn. Een voorziening waar de aandachtslijn laag ligt en de ultieme grens hoog, heeft weinig speelruimte om met het veranderend gedrag om te gaan. Eenmaal het gedrag goed is vastgesteld, is de onderste grens reeds bereikt. Anderzijds, een voorziening met een hoog aandachtsniveau en een lage ultieme grens zal lange tijd met het veranderend gedrag omgaan, maar mogelijks een te vage grensafbakening hebben.

4.2. Verticaal

Een aantal van de verticale lijnen kwam reeds onvermijdelijk ter sprake bij de bespreking van de horizontale lijnen. De verschillende aspecten lopen immers door elkaar. Voor de duidelijkheid wordt hieronder toch nog een aparte bespreking aan de verticale lijnen gewijd met daaraan gekoppeld een aantal, op dit schema geënte, conclusies rond interventiemogelijkheden.

A. Preventielijn (eerste verticale lijn)

Vóór deze lijn bestaat de mogelijkheid dat er reeds van druggebruik sprake is, maar dit is voor de buitenwereld niet gekend. Er is geen bewijs voorhanden en het gedrag van de jongere vertoont geen opvallende wijzigingen. Dit is eigenlijk het moment waarop zich geen problemen voordoen of zichtbaar zijn, of: het geschikte moment om preventieve acties te ondernemen.

Deze preventie gericht naar de jongeren toe kan zowel bestaan uit expliciete (voorlichtingspakketten, spelmateriaal,...) als uit impliciete preventie (het klimaat, de cultuur van de voorziening,...). Het uitwerken van deze preventie is een concretisering van de derde component in het ontwikkelen van een beleid, namelijk de **opvoedings**component (zie 3.3.).

B. Vermoedenslijn (tweede verticale lijn)

Deze lijn kwam reeds aan de orde bij de bespreking van het moment waarop het veranderende gedrag van de jongere in het aandachtsveld van de instelling komt (kruising van lijn 2 en lijn 3).
Wat interventie betreft is dit het ogenblik waarop effectief kan gehandeld worden. Er is een concrete aanleiding: het veranderend gedrag wordt door de instelling opgemerkt. We gaan er van uit dat niet zozeer het hebben van een bewijs (zie C) een noodzakelijke voorwaarde is om tot interventie over te gaan. Het vóórkomen van een bewijs is, zoals gezegd, immers moeilijk te voorspellen en kan zich evengoed vroeg of laat voordoen. Vandaar lijkt het weinig zinvol zich daarop te concentreren, maar veeleer het veranderend gedrag van de jongere in ogenschouw te nemen.

Het begeleiden van de jongere, zonder daarbij naar een bewijs op zoek te gaan, neemt dus een aanvang bij het vermoeden van druggebruik. Dit houdt in dat men in eerste instantie zijn vermoeden toetst bij collega's. Deze toetsing kan ook gebeuren via externe diensten (bv. de school, plaatsende instanties,...) die eveneens met de betrokken jongere in contact komen. Ten opzichte van de jongere kan men zijn bezorgdheid uiten door middel van een ik-boodschap (bv. "ik ben bezorgd om jou" en ook: "ik merk dat je veranderd bent"). Er kunnen met de jongere ook enkele afspraken worden gemaakt. Het model van de motiverende gesprekstechnieken, dat in deel 3 wordt besproken, biedt hiervoor een aantal aanknopingspunten.
Op een bepaald moment kan eveneens een beroep worden gedaan op externe diensten.

Vooraleer het vermoeden wordt uitgesproken (lijn B) kunnen er ook reeds drugs gebruikt zijn (zie de kruisjes op de drugslijn die vóór lijn B staan). Deze mogelijke vormen van gebruik worden niet gesanctioneerd met een vorm van terugwerkende kracht. Er wordt gestart met een nieuwe lei. Op het vermeende vroegere gebruik wordt niet dieper ingegaan noch wordt er naar eventuele bevestiging of bewijzen gezocht. Het betekent niet dat dit vroegere gebruik niet bespreekbaar zou zijn.

Het werken aan **interventie** is de tweede component (zie 3.2.) in het opstellen van een beleid binnen de voorziening. Interventie omvat zowel begeleiding binnen de eigen voorziening als, indien nodig, doorverwijzing naar externe diensten.

C. Bewijslijn (derde verticale lijn)

Bij de bespreking van de drugslijn (1) wezen we erop dat het bewijs zich in een vroeg of in een laat stadium kan voordoen. Doet een bewijs zich vroeg voor, dan is het goed mogelijk dat er (nog) geen gedragsverandering bij de jongere aanwezig is of dat het wel aanwezig is maar nog niet werd vastgesteld. De bewijslijn zoals die in het schema werd aangegeven, duidt op een bewijs in een laat stadium, meer specifiek op het moment dat de dalende gedragstrend van de jongere reeds de ultieme grens van de voorziening heeft bereikt. Wanneer we bijgevolg te veel aandacht en energie wijden aan de drugslijn (zoeken van bewijzen, controleren,...) bestaat het gevaar dat het gedrag van de jongere zodanig ver gevorderd is dat enkel nog sanctionerend kan opgetreden worden en weinig ruimte overblijft om de jongere te begeleiden.

Daarnaast is het eveneens mogelijk dat een jongere, omwille van zijn gedrag, de ultieme grens heeft bereikt zonder dat een drugbewijs voorhanden is. In dit geval is het zoeken naar bewijsmateriaal volledig overbodig want ook zonder een bewijs kan de ultieme grens overschreden zijn. Een reden te meer om zich op het gedrag van de jongere te concentreren (en niet zozeer op het middel).

Toch wordt door het personeel van de voorziening vaak aandacht besteed aan deze druglijn met de bedoeling om zo vlug mogelijk tot een bewijs te komen. Hoe komt dat? Deze ingesteldheid komt dikwijls voort uit onzekerheid en machteloosheid van de begeleider. De onbekendheid met het middel, het illegale karakter ervan, zijn hiervan mogelijke oorzaken (herinner u de paddestoel...). Door het leveren van het bewijs wordt dan verwacht dat de onzekerheid zal wegvallen. Deze ingesteldheid gaat echter vaak ten nadele van de vetrouwensrelatie met de jongere.

Concluderend kunnen we stellen dat de toespitsing op het gedrag van de jongere een meer efficiënte benadering is dan een verengde aandacht op de druglijn. Het laat toe in een vroeger stadium te interveniëren en het biedt meer actiemogelijkheden gezien de totale persoon van de jongere centraal staat.

GEDRAGSLIJN

Centraal in het ganse schema staat de gedragslijn (2). We komen er nog even op terug. De verticale lijnen verdelen het gedrag van de jongere in 4 fasen.
Samengevat komen ze hier op neer:
- Fase 1: Er is geen verandering in het gedrag van de jongere (fase tot aan de preventielijn A)
- Fase 2: Een verandering van het gedrag (slechter functioneren), wordt nog niet door de voorziening opgemerkt (fase tot aan vermoedenslijn B)
- Fase 3: Verandering in gedrag wordt door de voorziening waargenomen. Er ontstaat een vermoeden (fase tot aan bewijslijn C)
- Fase 4: Verandering van gedrag heeft de ultieme grens van de voorziening bereikt. Er is eventueel een bewijs van gebruik. Deze dalende trend kan zich nog voortzetten maar het is evenzeer mogelijk dat de gedragslijn opnieuw stijgt.

Methodiek: Oefening interventieschema

Aan de hand van het interventieschema kunnen door de voorziening een aantal vragen gesteld worden. Deze vragen zijn opgenomen in de volgende oefening.
De centrale vraag is: Hoe is de verhouding tussen de lijnen voor onze voorziening?

OEFENING INTERVENTIESCHEMA:

Door het voor ogen houden van een concrete casus kan men antwoord formuleren op de volgende vragen.

1. Het aandachtsniveau van de instelling (lijn 3)

- Waar bevindt zich het aandachtsniveau van onze voorziening? (Welke gedragssignalen zijn een indicatie voor interventie?)

- Hoe hoog/laag moet het aandachtsniveau liggen? (Hoeveel speelruimte is er nog?)

- Welk gedrag wordt opgemerkt?

- Wanneer wordt het gedrag als problematisch ervaren? Zijn er criteria? Welke?

2. De ultieme grens (lijn 4)

- Waar bevindt zich de ultieme grens van onze voorziening?

- Wat gebeurt er als de ultieme grens wordt overschreden?

- Hoe lang kan iemand zich onder de ultieme grens bevinden?

3. Gedragslijn (lijn 2)

- Hoe wordt gereageerd op een gedragsverandering?

- Hoe wordt gereageerd bij een vermoeden van gebruik (lijn B)?

- Hoe wordt gereageerd bij een bewijs van gebruik (lijn C)?

4. Samenwerking met externen

- Met welke diensten samenwerken?

- Hoe verloopt de samenwerking?

- Welke afspraken worden gemaakt?

5.

Concrete werkwijze

Hoe kan men nu concreet te werk gaan? Op welke manier kunnen de voorgestelde stappen, besproken in hoofdstuk 1, 2 en 3, doorlopen worden?

5.1. Door wie?

Vooreerst is het belangrijk dat de directie van de voorziening achter de optie staat om een alcohol- en drugbeleid uit te werken. De directie draagt er ook de eindverantwoordelijkheid voor. Dit betekent daarom niet dat de directie noodzakelijkerwijs zelf het beleid zal vorm geven. Voor de concrete uitwerking bestaan verschillende mogelijkheden. Bij de keuze voor één van de mogelijkheden is het opnieuw wenselijk dat men rekening houdt met de eigenheid en de traditie van elke voorziening. Nagaan op welke manier men rond andere thema's (heeft ge) werkt kan een inspiratiebron zijn.

Mogelijkheden zijn:

- Samenstellen van een werkgroep met een aantal mensen uit het team (of van verschillende teams bij grotere voorzieningen). Het is goed dat de verschillende functies in de werkgroep vertegenwoordigd zijn. Het is wel noodzakelijk dat er regelmatige terugkoppeling gebeurt naar de rest van het team. Hetgeen de werkgroep uitwerkt kan immers voorgesteld, bediscussieerd en eventueel nog bijgestuurd worden waar nodig. De terugkoppeling naar het team is belangrijk anders dreigt het gevaar van de twee snelheden. In dat geval heeft de werkgroep reeds een gans groeiproces afgelegd terwijl de andere teamleden zich nog in een vroeger stadium bevinden.

- Het ganse team maakt gedurende een zekere periode tijd vrij om op regelmatige tijdstippen aan de ontwikkeling van een alcohol- en drugbeleid te werken. Dit lijkt vooral haalbaar met kleinere teams. Voordeel is wel dat iedereen op dezelfde manier wordt betrok-

ken en het gevaar voor verschillende snelheden minder speelt.

- Eén of meerdere mensen (van de directie) tekenen de ruime krijtlijnen van het drugbeleid uit. In tweede instantie geeft elke leefgroep (meestal in het geval van meerdere leefgroepen) een eigen invulling aan het beleid.

Deze lijst van mogelijkheden kan nog verder aangevuld worden. Een belangrijk aspect komt echter telkens terug: Elk teamlid en elke functie is op één of andere manier bij het beleid betrokken. Deze collectieve betrokkenheid is van belang gezien het beleid achteraf ook door iedereen moet gedragen worden.

5.2. Regelmatige evaluatie en bijsturing

Gezien de variërende omstandigheden in de voorziening (verloop van jongeren, verloop van personeel, verandering van tijdsgeest, nieuwe ontwikkelingen, enz.) enerzijds en het belang om een beleid steeds te laten aansluiten bij de actuele toestand anderzijds, is regelmatige evaluatie onontbeerlijk. Op basis van de eventueel wisselende omstandigheden kan er bijsturing plaatsvinden.

Methodiek: Vragenlijst met 30 vragen

Eens de werkwijze is vastgelegd kan men op stap gaan met de inhoudelijke uitwerking van het beleid. De in deze publicatie geboden informatie kan als vertrekpunt fungeren. Omwille van de praktische haalbaarheid werden alle vragen en thema's die in deze tekst voorkomen samengevat in een 30-tal vragen waar men best rekening mee houdt, wil men tot een alcohol- en drugbeleid komen. De belangrijkste vragen bij het doorlopen van de verschillende stappen zijn er in terug te vinden.

Binnen de werkgroep (of binnen één van de andere werkformules) kiest men welke vragen voorrang krijgen. De theoretische informatie en de concrete methodieken om op deze vragen een antwoord te bieden vindt u doorheen deze tekst.
Meer concreet:
- De eerste 15 vragen gaan over de algemene identiteit van de voorziening (vraag 1 tot 10) en over de specifieke toepassing naar de alcohol- en drugproblematiek (vraag 11 tot 15). Informatie hierover vindt u in het tweede hoofdstuk (de eigen identiteit van de voorziening)
- Voor de specifieke uitwerking van de 3 componenten van een alcohol- en drugbeleid (vraag 16 tot 30) verwijzen we naar de ideeën en de specifieke methodieken uit het derde hoofdstuk.
De bespreking van de drie componenten gebeurt niet tegelijk. Men kiest prioriteiten volgens de behoeften van elke voorziening. Op een later tijdstip kunnen de andere twee componenten aan bod komen.

Hieronder volgen de dertig vragen:

30 VRAGEN BIJ EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID IN DE VOORZIENING

I. Vragen algemene identiteit

1. Wat is de eigenheid, de identiteit van de voorziening?

2. Hoe expliciet en eenduidig is de identiteit en eigenheid voor iedereen?

3. Wat in de werking getuigt van de visie en de planning?

4. Wat is de taak van de voorziening? Wat willen we bereiken met ons doelpubliek?

5. Wat wordt verwacht van de mensen die er werken; van de jongeren die er verblijven?

6. Wat mogen ouders en jongeren van de voorziening verwachten?

7. Wat is de visie ten aanzien van jongeren?

8. Wat is de visie op probleemgedrag?

9. Hoe reageert de voorziening op ongewenst, niet-tolereerbaar gedrag?

10. Hoe reageert de voorziening op gewenst gedrag?

II. Vragen visie alcohol en drugs

11. Wat is de houding binnen de voorziening ten aanzien van illegale drugs/alcohol/medicatiegebruik? Wat is het verschil tussen de drie?

12. Kan in de voorziening over drugs gepraat worden? Op welke manier gebeurt dat (formeel, informeel,...)?

13. Is het thema reeds aan bod gekomen? Op welke manier? Was dit naar aanleiding van een probleemgeval of eerder naar aanleiding van een algemene visie over preventie?

III. Vragen uitwerking alcohol- en drugbeleid

14. Wat is (zijn) de doelstelling(en) van het ontwikkelen van een alcohol- en drugbeleid?

15. Hoe wordt het beleid uitgewerkt? Wie bereidt het voor? Wie wordt betrokken (intern)? Wat wordt eerst besproken?

1) PLAN

Reglement - grensbepaling

16. Wat kan en wat kan niet binnen de voorziening op vlak van middelengebruik (alcohol, tabak, medicatie, illegale drugs,...)?

17. Wat met druggebruik binnen de voorziening? Wat met druggebruik buiten de voorziening? Wat met druggebruik buiten de voorziening maar toch merkbaar in het gedrag binnen de voorziening?

18. Welke regels gelden voor de jongeren en welke regels voor het personeel? Is er een onderscheid naargelang de leeftijd?

19. Welke zijn de sancties voor de verschillende regelovertredingen?

20. Welke procedure wordt gevolgd bij regelovertreding?
    * Wat zijn de gevolgen van de overtreding?
    * Wie voert de sancties uit?
    * Hoe wordt de strategie bepaald?
    * Hoe soepel zijn de grenzen?
    * Wat is onderhandelbaar?
    * Hoe wordt de problematiek gekaderd in het handelingsplan?
    * Wordt er al dan niet gecontroleerd? Zo ja, op welke manier? Door wie?

Strategie

21. Is het reglement door iedereen gekend (jongeren/personeel)? Is er duidelijkheid omtrent de grenzen? Indien niet, hoe kan dat gebeuren?

22. Wordt er over drugs gesproken bij de intake? Hoe wordt dit aangebracht? Wanneer wordt iemand geweigerd?

23. Waar liggen de grenzen van vertrouwelijkheid? Hoeveel ruimte heeft de directe begeleider om te onderhandelen of is het een zaak van het team of de directie?

24. Wat met een vermoeden van druggebruik? Wat met een bewijs van druggebruik? Wanneer rapporteren? Aan wie wordt gerapporteerd?

Dienen er vooraf afspraken gemaakt met politie of rijkswacht? Welke? Wanneer politie contacteren?

2) INTERVENTIE

25. Is er begeleiding voorzien binnen de voorziening? Zo ja, waaruit bestaat die begeleiding? Wie doet de begeleiding?

26. Wanneer wordt tot doorverwijzing overgegaan? Wie verwijst door? Naar waar wordt doorverwezen? Wie staat in voor de opvolging?

27. Welke externen worden betrokken?

- *plaatsende instanties (P.I.)*:
  * Wanneer P.I. betrekken? welke rol hebben P.I. in kader van het handelingsplan?
  * Zijn ze op de hoogte van het instellingsbeleid?
- *huisarts*:
  * Is de huisarts op de hoogte van het instellingsbeleid?
  * Zijn er afspraken rond eventuele controles?
  * Wordt de huisarts betrokken bij het beleid?
  * Hoe wisselt men informatie uit?
- *bijzondere jeugdzorg*:
  * Hoe blijven we op de hoogte van de aanpak van de andere voorzieningen?
  * Nemen we stelling t.a.v. ministerie/politici?
- *verwijzingskanalen:*(zie ook 26)
  * Wanneer wordt een externe hulpverleningsinstantie betrokken?
  * Heeft men zicht op de verwijzingsmogelijkheden (de sociale kaart), de voorwaarden, de intakeprocedure?
  * Hoe de jongere motiveren tot behandeling?
  * Wat is de relatie met Beernem/Mol/Ruiselede inzake deze problematiek?
- *ouders*:
  * Worden ze al dan niet op de hoogte gebracht?
  * Op welke manier worden de ouders betrokken?
  * Wie neemt contact met hen op?
- *school:*
  * Hoe met de school samenwerken?
- *vrije tijdsorganisaties*:
  * Welke taak kan de voorziening opnemen in de vrije tijdsactiviteiten van jongeren?

3) OPVOEDING

28. Hoe is de sfeer, het klimaat in de voorziening? Hoe is de communicatie tussen begeleiders onderling? tussen jongeren en begeleiders? tussen directie en begeleiders?... Welke structureel preventieve maatregelen zijn reeds aanwezig? Welke structurele wijzigingen kunnen nog aangebracht worden?

29. Wat is de strategie naar de jongeren?

- Kan de jongere zelf een drugprobleem aanbrengen?
- Is er een manier om regelmatig deze problematiek aan te kaarten in een niet-bedreigend kader?
- Is het nodig drugvorming op het niveau van de jongere te voorzien? Hoe wordt deze vorming ingepast in het globale vormingspakket: omgaan met risico's, "neen" kunnen zeggen, vaardigheid- en assertiviteitstraining, sociale weerbaarheid,...?
- Wie geeft de vorming? Wordt er een buitenstaander bij betrokken (J.A.C., V.A.D., huisarts, politie,...)? Waaruit bestaat deze vorming?
- Hoe wordt de groep betrokken? Gebeurt dit via groepsdiscussies?
- Wordt gewerkt binnen een korte- of een lange termijnstrategie?

30. Wat is de strategie naar het personeel?

- Is er voldoende deskundigheid? Zo niet, waar is nog nood aan? Moet er vorming opgezet worden?
- Kan men de drugproblematiek kaderen in de persoonlijkheidsontwikkeling, in het waarden- en normenpatroon van de jongere?
- Kan een begeleider privé-ervaringen inbrengen in het gesprek met de jongere (bv. eigen gebruik of vroeger gebruik)?

6.

Algemeen besluit

6.1. Welke stappen?

Zoals uit de vorige hoofdstukken mocht blijken, behelst het uitwerken van een drugbeleid verschillende aspecten. Het veronderstelt dat een aantal stappen worden doorlopen. We zetten deze stappen nog eens op een rijtje met aanvullend de daarvoor bruikbare methodieken. Deze methodieken zijn vrijblijvend. Andere en eigen methodes kunnen hier vanzelfsprekend bij aansluiten.

(1) Stilstaan bij de eigen waarden en normen van het personeel in de voorziening
Methodiek: Morgen drinken we sangria aan de Costa del Sol

(2) Identiteit voorziening
Komen tot een gemeenschappelijke visie over de identiteit van de voorziening en afstemmen van de werkwijze en de doelstellingen hierop.
- *Methodiek: individuele vragenlijst*
- *Inventaris identiteit: hebben we de juiste 'instelling'?*

(3) Uitwerking componenten alcohol- en drugbeleid
Uitwerking van de drie componenten van een beleid binnen de eigen voorziening. In willekeurige volgorde: het opstellen van een plan, interventie en opvoeding.
Methodieken:
- *Stellingen voor instellingen: het plan*
- *Stellingen voor instellingen: interventie*
- *Opvoeding: richtvragen bij het uitdiepen van het klimaat in de voorziening*

(4) Regelmatige evaluatie en bijsturing

De werkbaarheid van het uitgestippelde beleid dient blijvend te worden opgevolgd. Het beleid is een dynamisch gegeven en houdt rekening met nieuwe ontwikkelingen. Het is dan ook aangewezen om met alle betrokkenen regelmatig te evalueren en bij te sturen waar nodig.

Tussendoor: contactname en uitwisseling met externe instanties.

Schematisch:

HOOFDSTUK	**METHODIEK**
1. Eigen waarden en normen	*Sangria aan de Costa del Sol*
2. Identiteit	*Individuele vragenlijst*
3. Componenten	
- Opstellen van een plan	*Stellingen: plan*
- Interventie	*Stellingen: interventie*
- Opvoeding	*Richtvragen klimaat*
4. Het interventieschema	*Oefening interventieschema*
5. Concrete werkwijze	*30 vragen*

6.2. De kosten en de baten van een beleid: preventie of pretentie?

Aan het uitwerken van een beleid zijn een aantal baten maar ook een aantal kosten verbonden.

6.2.1. De baten

- *Het beleid gaat naar de wortel van het probleem*: een beleid binnen de voorziening is geen doekje voor het bloeden, maar biedt een kader waarin problemen ten gevolge van alcohol- en druggebruik kunnen voorkomen, vroegtijdig gedetecteerd en opgevangen worden.
- *Er is een breed bereik qua doelgroep en thema*: zowel het personeel als de jongeren binnen de voorziening vormen de doelgroep. Het beleid heeft daarnaast niet alleen betrekking op gebruik van genotmiddelen, maar probleemgedrag is het algemene thema. De nadruk op de ontwikkeling van sociale vaardigheden is daarenboven ook bruikbaar in de sexualiteitsbeleving en relatievorming van jongeren, het maken van keuzes met betrekking tot beroep, studies, vrije tijd,...
- *Het is een democratische en emanciperende werking*: iedereen wordt bij de beleidsontwikkeling betrokken. Participatie en emancipatie zijn van cruciaal belang wil preventief werken op lange termijn standhouden.
- *Er is een verkleining van risico op stigmatisering*: De voorzieningen worden aangespoord om zelf een beleid te ontwikkelen waarbinnen het gebruik van illegale drugs op dezelfde manier bekeken wordt als elk ander probleemgedrag. Er is geen sprake van een uitsluitingsbeleid. Voorzieningen kunnen immers zelf heel veel opnemen. Via de interventiecomponent dient elke voorziening uit te maken waar de eigen begeleidingsgrenzen zich bevinden en wanneer tot doorverwijzing wordt overgegaan.
- *Het beleid gaat uit van de eigen mogelijkheden van de voorziening.* Elke voorziening heeft intern reeds een uitgebreide deskundigheid voorhanden. Deze deskundigheid betreft onder meer het werken met jongeren in het algemeen of het omgaan met ander probleemgedrag (naast druggebruik) zoals spijbelen, agressie, stelen, enz. in het bijzonder. Bij het ontwikkelen van een beleid wordt vertrokken van de eigen mogelijkheden van de voorzi-

ening. Een strategie tot probleemoplossing wordt bijgevolg niet naar externen doorgeschoven. Dit vergroot de onafhankelijkheid van de voorziening.
- Het alcohol- en drugbeleid heeft als doel *om alle preventieve factoren te bespelen* ofwel het ganse preventieschema van De Cauter (zie deel 1) te bestrijken. Een uitgewerkt beleid is met andere woorden zowel offensief als defensief geïnspireerd, is zowel structuurgericht als persoonsgericht en treedt op zowel voor, tijdens als na de probleemwording.
- De aanwezigheid van drugs in onze maatschappij (en bijgevolg in de voorziening) is een realiteit. Bijgevolg is het realistischer te stellen: "hoe kunnen we er op een goede manier mee omgaan en mogelijke problemen ten gevolge van druggebruik voorkomen?" eerder dan de ambitie te koesteren het druggebruik uit de wereld te helpen. Of zoals de titel van het boek van Ahuis (1990) in verband met het druggebruik in de voorzieningen veelbetekenend aangeeft: *"Begeleiden of wegsturen"* met een duidelijke uitwerking naar de begeleidingsoptie.
- Het uitwerken van een beleid heeft een positieve invloed op de algemene werksfeer. Het brengt de mensen bij elkaar.

6.2.2. De kosten

- *Groepen of structuren zijn minder veranderbaar dan personen*: wanneer een persoon zijn/haar (probleem)gedrag wil veranderen, ondervindt deze vaak weerstand. In een voorziening, waar meerdere personen betrokken zijn, spelen deze verdedigingsmechanismen uiteraard nog in sterkere mate.
- *Effecten zijn pas op lange termijn te verwachten*. De keuze om aan een proces (beleidsontwikkeling) te werken vergt een lange-termijnplanning. Toch wordt er binnen een beleid ook plaats gemaakt voor concrete aspecten, zoals een reglement opstellen, het aanleren en hanteren van gesprekstechnieken, het opzetten van preventieve initiatieven,...
- *Samenwerking met externen is vereist*. Men dient met diverse betrokkenen rekening te houden, maar anderzijds wordt het beleid door verschillende instanties gedragen en verkrijgt het zo een grotere draagkracht.

Na afweging van de kosten en de baten, kunnen we concluderen dat het ontwikkelen van een drugbeleid in de voorzieningen bijzondere jeugdzorg wel degelijk meer met preventie dan met pretentie van doen heeft...

Tot slot sluiten we af met een Chinees spreekwoord dat ook van toepassing lijkt voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening. Hiermee wordt tevens aangegeven dat een eenmalige, concrete actie weinig zinvol is in vergelijking met een weloverwogen lange termijnstrategie.

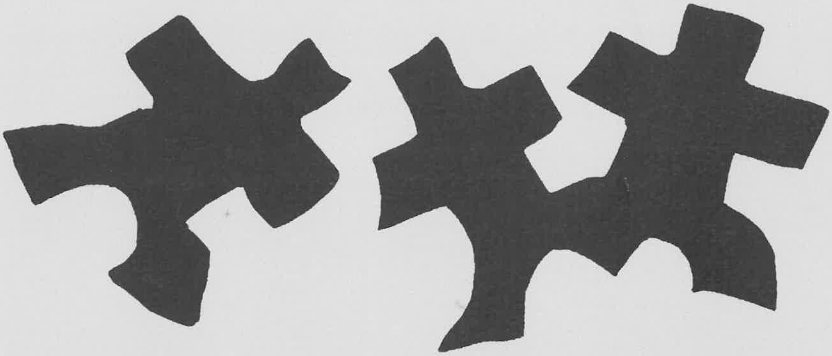
Het bekende spreekwoord luidt:

"Geef je iemand een vis, dan geef je hem eten voor één dag.
Leer je hem vissen, dan geef je hem eten voor zijn ganse leven."

Dat het beleid u moge smaken...

DEEL 3:

ACHTERGRONDINFORMATIE



DEEL 3:

ACHTERGRONDINFORMATIE

In deel 2 werden de verschillende te doorlopen stappen behandeld bij de totstandkoming van een alcohol- en drugbeleid in de voorziening. De inhoudelijke invulling van de drie componenten (zie hoofdstuk 3) kan verschillen van voorziening tot voorziening. In dit derde deel geven we hiervoor mogelijke concretiseringen. Voor het opstellen van het plan is dit de methodiek van het grenzen stellen; voor interventie wordt het motiverend gesprek voorgesteld en voor de opvoedingscomponent is dit de voorstelling van een drietal bruikbare preventiepakketten.

In het vierde hoofdstuk komen een aantal praktijkvoorbeelden (2 Vlaamse en 1 Nederlands) aan bod van voorzieningen die hun beleidslijnen reeds op papier hebben gezet. Deze selectie is uiteraard zeer beperkt. In Vaanderen beschikken verschillende voorzieningen reeds over een uitgewerkt beleid.
Zoals in het tweede deel werd aangetoond, is het van belang om met de eigen identiteit van de organisatie rekening te houden bij het opzetten van een alcohol- en drugbeleid. Het is bijgevolg onmogelijk om het eindprodukt van een andere voorziening intregaal over te nemen. Wel kan het geleverde denk- en zoekproces van anderen helpen bij de eigen beleidsontwikkeling.

Dit derde deel wordt afgerond met een overzicht van alle voorzieningen en comités die gedurende de voorbije drie jaar (1992 - 1994) op een of andere manier bij het drugpreventieproject betrokken waren.

1.
Plan: grenzen stellen

Hoe kan je reageren wanneer de grenzen overtreden worden? Een overtreding kan zowel openlijk (= een bewijs) als verborgen (= een vermoeden) gebeuren. In deze gevallen is er in eerste instantie geen ruimte om te begeleiden maar moet er direct opgetreden worden. In geval van een bewijs van druggebruik is men bijgevolg verplicht om op de druglijn (uit het interventieschema) te reageren. Op een later tijdstip kan men eventueel wel begeleidend tussenkomen maar onmiddellijk na de grensoverschrijding is een andere aanpak aangewezen. Dit heeft ook tot gevolg dat een duidelijk klimaat gecreëerd wordt in verband met de omgang met jongeren. Het stellen van grenzen heeft dus ook preventieve consequenties.

Naast een begeleidende taak (de interventiecomponent) heeft een voorziening (de begeleiders) ook een opdracht in het stellen van grenzen. De centrale vraag is daarbij:
"Hoe kunnen we grenzen stellen zonder daarbij de vertrouwensrelatie met de jongere te verbreken?"
Het is goed om niet paniekerig, impulsief, emotioneel of moraliserend te reageren op grensoverschrijdend gedrag. Men kan best met een aantal stappen rekening houden. Bij een openlijke grensoverschrijding (bv. iemand drinkt alcohol op de kamer, enkele jongeren worden betrapt op het gebruik van drugs, iemand komt te laat thuis,...) zal men eerst het gedrag of de feiten (bij een vermoeden) beschrijven en om medewerking vragen. Bij niet-coöperatief gedrag van de jongere, toont men begrip en argumenteert men waarom het gedrag niet getolereerd wordt. Vervolgens houdt men vast aan de gestelde eis.

Vanuit het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) werd een methodiek ontwikkeld voor jeugd- en jongerenwerkers rond het stellen van grenzen aan agressief soms ontoelaatbaar gedrag. Hoewel de methodiek vooral voor jeugdhuizen werd opgezet (Kegel, 1994; Kooy, 1994), zijn de principes en methoden ook overdraagbaar naar de bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen. Daarom werd een aangepaste training ontwikkeld die begeleiders in staat stelt op een effectieve wijze met conflicten om te gaan zonder dat de vertrouwensrelatie geschonden wordt.

De uitgangspunten bij het grenzen stellen zijn:
- Er is een onderscheid tussen het gedrag en de persoon. Bij ontoelaatbaar, grensoverschrijdend gedrag keur je het gedrag af maar niet de persoon.
- Het belang van het non-verbale in de communicatie. De boodschap komt veel meer over door het non-verbale (oogcontact, houding, gebaren,...) dan door de inhoud van de boodschap.
- Er is een onderscheid tussen de feiten, de objectieve realiteit enerzijds en de interpretatie van de feiten anderzijds. Bij het stellen van grenzen dient men te reageren op de concrete feiten.

2.
Interventie: motiverende gesprekstechnieken

2.1. Inleiding

Bij de bespreking van het interventieschema werd gewezen op de mogelijkheid dat de instelling een gedeelte van de begeleiding op zich neemt. Meer bepaald is het totale gedrag van de jongere (nadruk op de gedragslijn uit het interventieschema) een bruikbaar aanknopingspunt. Hoe kan men daarop aanspreken? Het model van motivationele gespreksvoering is hiervoor van toepassing. De bruikbaarheid ervan is trouwens ruimer dan alcohol en drugs. Het is ook toepasbaar voor ander probleemgedrag en gewoontegedrag (moeilijk te veranderen gewoontes zoals te laat komen, TV-kijken, nagelbijten, ongezond eten, enz.). Het model heeft naast een begeleidende functie ongetwijfeld ook preventieve mogelijkheden, zoals het verhogen van de weerbaarheid van jongeren, het opbouwen van een vertrouwensrelatie,...

We geven hieronder een beknopte beschrijving van het model. Voor meer informatie verwijzen we naar de literatuur, waaronder ook een aantal Nederlandstalige teksten (Broothaerts, 1993; Schippers, van Emst & Van Bilsen, 1988; Vanhuele, 1991). Daarenboven is een training ontwikkeld voor begeleiders in de bijzondere jeugdzorg om het model aan de hand van videomateriaal en concrete methodieken intensief te trainen. [1]

Het model van de motiverende gespreksvoering is door Miller (1991) ontwikkeld als behandelmethode voor mensen met alcoholproblemen. In het Nederlandse taalgebied zijn Schippers, van Emst en Van Bilsen de gangmakers van het model dat ondertussen ook voor andere vormen van gedrag (o.a. druggebruik) en voor andere doelgroepen (jongeren) gehanteerd wordt.

Het is echter belangrijk dat de basishouding die aan de motiverende gesprekstechnieken ten grondslag ligt, steeds centraal blijft staan. Men zou het model verkeerdelijk kunnen interpreteren als een verzameling handige technieken of "kneepjes". Zo is het onder meer van belang de zelfverantwoordelijkheid van de persoon (de jongere) en de mogelijkheid om deze persoonlijke keuzes te laten maken steeds voor ogen te houden. In onderstaande tabellen vindt u een overzicht van de principes en de valkuilen in het motiveringsproces.

[1] De in de training gebruikte video is een onderdeel van een videoreeks ontwikkeld in het project "deskundigheidsbevordering voor eerstelijnsdiensten rond alcohol en drugs" vanuit het POK (Provinciaal Overlegcomité Brabant) in samenwerking met het CAT (Centrum voor Alcohol- en andere Toxicomanieën) te Gent, het C.G.G. (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg) te Oostende en de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) te Brussel. Voor meer informatie kunt u bij één van deze organisaties terecht.

BASISPRINCIPES MOTIVERINGSPROCES

1. Onvoorwaardelijke acceptatie van de jongere
    a. niet moraliseren, niet beschuldigen, niet confronteren
    b. visie van de jongere respecteren
    c. ritme van de jongere respecteren

2. Contact krijgen en houden

3. Tijd nemen

4. Dissonantie creëren
    a. gevoel van eigenwaarde vergroten
    b. gevoel van competentie verhogen
    c. kennis van problemen doen toenemen
    d. het "zich zorgen maken" opdrijven

5. Keuzes bij jongere laten

6. Verantwoordelijkheid bij jongere laten

7. Vermijden van discussie en onenigheid

8. Meegaan met weerstand

9. Objectieve informatie geven

10. Samenwerken

VALKUILEN IN HET MOTIVERINGSPROCES

1. Te snel gaan
2. Ongevraagde adviezen
3. Wegpraten
4. Te snelle therapeutische maatregelen treffen
5. Ongevraagde optimistische voorspellingen geven
6. Niet geloven dat de jongere kan veranderen
7. Moraliseren/beschuldigen
8. Beschermen van de jongere

2.2. Veranderingscirkel (Figuur 1)

De veranderingscirkel van Prochaska en DiClimente (1988) vormt de theoretische basis van het motivationeel model. Gedragsverandering wordt gezien als een proces met verschillende stadia. Deze stadia zijn:

1. Het stadium van de voorbeschouwing
Dit is het stadium van de ontkenning ("ik heb geen probleem"). Vaak is er wel sprake van een probleem voor de omgeving maar niet voor de betrokkene zelf.

2. Het stadium van de overpeinzing
Dit is het stadium van de erkenning ("zou ik een probleem hebben?"). Men begint zich zorgen te maken over zijn gedrag. Men merkt bijvoorbeeld dat naast de voordelen van het gebruik van een bepaald produkt, ook een aantal nadelen te noteren zijn. Er is als het ware sprake van een soort weegschaal met een aantal argumenten vóór en een aantal argumenten tégen gedragsverandering.

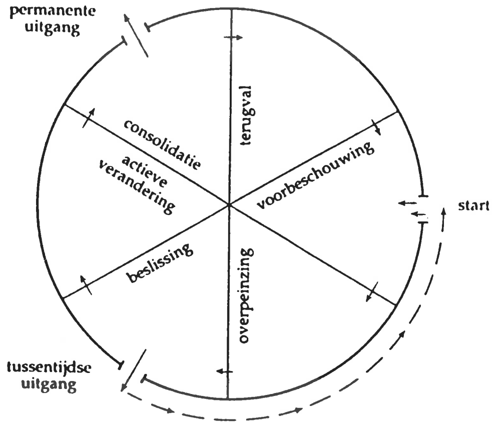
3. Het stadium van de beslissing
In dit stadium slaat de weegschaal over in de ene of de andere richting. Men beslist ofwel om niet te veranderen, dan komt men via de tussentijdse uitgang terug in de voorbeschouwingsfase terecht, ofwel om zijn gedrag wel te veranderen.

4. Het stadium van de verandering
Heeft men beslist om te veranderen dan komt men in de veranderingsfase terecht. Hier gebeuren de eigenlijke veranderingen.

5. Het stadium van de consolidatie
De verandering op zich is niet voldoende maar moet blijvend zijn. Wanneer het gedrag uiteindelijk gestabiliseerd (geconsolideerd) is in het dagelijkse leven van de jongere, verlaat men de veranderingscirkel via de permanente uitgang.

6. Het stadium van de terugval
Wanneer (gewoonte)gedrag zo diep is ingeworteld, is de kans op herval reëel. Vandaar dat de terugvalfase als een volwaardige fase is opgenomen in de veranderingscirkel. Terugvallen is niet gelijk aan mislukken. De cirkel kan daarna opnieuw doorlopen worden. In sommige gevallen gebeurt het zelfs vlugger dan de eerste keer omwille van de opgedane ervaringen.

We stellen echter vast dat de tolerantie vanwege derden ten aanzien van het gebruik van illegale middelen minder groot is dan ten aanzien van ander te veranderen gedrag. Zijn we niet vlugger geneigd om mensen die hervallen in druggebruik te beschouwen als zwak of oneerlijk (want hebben hun belofte niet nagekomen)? Maar hebben we het zelf niet even moeilijk om goedgemeende intenties als op tijd komen, minder eten, meer sporten, trager met de wagen rijden, vroeger opstaan, enz. blijvend vol te houden. Het gebruik van middelen kan op dezelfde manier bekeken worden.



Figuur 1: Veranderingscirkel (Prochaska & Diclimente, 1988)

2.3. Fasen van motiverende gespreksvoering

In het motivationeel gesprek zijn een drietal fasen (uitlokfase, informatiefase, onderhandelingsfase) te onderscheiden. Wil men gewoontegedrag veranderen, dan moeten deze fasen doorlopen worden. De verschillende fasen in het motiverend gesprek zijn bedoeld om in de veranderingscirkel van het ene naar het andere stadium te gaan.

Fase 1: Uitlokfase
Men probeert in deze fase bij de jongere zelfmotiverende uitspraken uit te lokken. De technieken hiervoor zijn het selectief actief luisteren en het parafraseren. Dit betekent dat men zich richt naar die uitspraken waarin de jongere zelf aangeeft iets aan zijn gedrag te willen veranderen. Die uitspraken worden dan geparafraseerd.

Het doel van deze fase is dat de jongere toestemming geeft om op het alcohol- of druggebruik in te gaan waardoor men van de voorbeschouwingsfase in de overpeinzingsfase terechtkomt.

Fase 2: Informatiefase
In deze fase gebeurt de analyse van het probleemgedrag.

Het doel is de jongere inzicht te doen krijgen in zijn situatie (relatie alcohol/druggebruik - problemen) waardoor men van de overpeinzings- naar de beslissingsfase evolueert.

Fase 3: Onderhandelingsfase
In de laatste fase worden doelen, respectievelijk middelen aangeboden om te veranderen. Hierover wordt dan onderhandeld.

Het doel is dat de jongere zelf doel en middel kiest om te veranderen. Hiermee wordt de overgang betracht van de beslissingsfase naar de veranderingsfase.

2.4. Toepassingen en knelpunten van het model in de Bijzondere Jeugdzorg

Het model van motiverende gespreksvoering heeft toepassingsmogelijkheden maar ook enkele knelpunten in de bruikbaarheid naar de bijzondere jeugdzorg. Het hiernavolgende (niet exhaustieve) overzicht is onder meer gebaseerd op hetgeen in Nederland (Elling-de Boer, 1993) en in Vlaanderen (vanuit de reflexiegroep bij de trainingsvideo[2]) naar bruikbaarheid van het model werd ervaren. In Nederland is de training in motivationele gespreksvoering opgenomen in de basisvorming voor jeugdhulpverleners (in eerste instantie zij die in residentieel verband werken).

Een aantal punten worden geïllustreerd met fragmenten uit de Nederlandse brochure van het NIAD (Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs): "Hulp aan jongeren die gokken, drinken of alcohol gebruiken" (Elling-de Boer, 1993)[3]:

1. Als opvoeder in de bijzondere jeugdzorg heeft men steeds een dubbele rol. Enerzijds het begeleiden van jongeren, anderzijds het sanctioneren van jongeren als zij de regels van de instelling overtreden. Het is belangrijk om steeds een duidelijk onderscheid te bewaren tussen beide, het is moeilijk om ze in één persoon te verenigen.

> 'Zijn positie brengt met zich mee dat hij regelmatig grenzen stelt en sancties toepast als grenzen worden overschreden. Grenzen aangeven en incidenten rond overschrijding afhandelen is één ding. Motiverende gesprekken voeren over gedragsverandering is een ander ding. Beide zaken behoren tot de taak van de jeugdhulpverlener. Soms moeten ze op één of andere manier worden gecombineerd. Maar altijd moeten ze van elkaar worden onderscheiden. Wanneer zich een ernstig incident voordoet, bijvoorbeeld 'stoned' op de werkplaats verschijnen of diefstal, moet dat volgens daarvoor geldende regels worden afgehandeld. Het gesprek over achterliggende motieven zal naar een later tijdstip worden verschoven.' p. 22
>
> 'Het afhandelen van incidenten rond grensoverschrijdingen gaat meestal niet samen met het voeren van motiverende gesprekken. Communicatie in de trant van: 'geef nu maar toe dat je blowt', gevolgd door: 'dus ga je het weekend niet uit', kan niet worden voortgezet met: 'en vertel me nu eens hoe je dat blowen ziet'. Het behoort tot de deskundigheid van de hulpverlener te doseren: incidenten dienen te worden afgehandeld, waarna weer het goede moment voor 'open' communicatie kan worden gezocht.' p. 24

---

[2] Deze groep is zowel samengesteld met hulpverleners en preventiewerkers: Hilde Vanhuele (CGG Oostende); Mia De Bock (Primavera), Caroline Daman (Primavera), Inge Baeten (VAD) en Tomas Van Reybrouck (VAD) als met mensen die werkzaam zijn in de Bijzondere Jeugdzorg: Jef Geybels (De Dam); Luc Couvreur (De Dam), Guido Ebraert (De Wissel), Oswald Uyterlinden (Malpertuus), Nathalie Vanderveken (Wederik), Rika Vandenbussche (De Pedaal), Patrick Messens (Nieuwland) en Werner Goelen (NCAV).

[3] Met dank aan Inge Baeten (VAD) voor de samenvatting.

'Voor een pedagogisch medewerker kan het knap lastig zijn om bij overtredingen regels te hanteren en tegelijk een 'open' gesprek aan te gaan met een jongere. (...) Hij werkt gedeeltelijk in de realiteit van de jongere. Hij voelt zich daardoor extra betrokken en verantwoordelijk. Doordat hij er werkt, heeft hij bovendien zijn belangen.' p. 24

2. Sommige jongeren binnen de bijzondere jeugdzorg beschikken over beperkte verbale mogelijkheden terwijl het model vooral gesprekstechnieken hanteert.

3. Het model van motivationele gespreksvoering is minder geschikt voor jongeren met een zeer ernstige problematiek (bv. psychiatrische problemen). Andere benaderingen zijn hier meer aangewezen.

4. Het model van motivationele gespreksvoering heeft consequenties voor het door de instelling gevoerde beleid en omgekeerd bepaalt het beleid de mogelijkheden voor dit model.

'Wie bij een instelling werkt waar rigoureus wordt opgetreden tegen iedere vorm van (experimenteer)gebruik, kan het knap lastig krijgen met de hier gepresenteerde methoden. Zo iemand wordt tijdens de cursus met beginselen bestookt waarmee hij in de praktijk van werken nauwelijks uit de voeten kan.' p. 8

'Zeker wanneer cursisten al geruime tijd in de praktijk werken en waar zij tijdens de cursus worden aangemoedigd die praktijkervaringen in te brengen, is het voor hen de vraag hoe zij de begeleidingsmethodiek kunnen toepassen binnen de grenzen van het beleid en de regelgeving van hun instelling.' p. 13

'De jeugdhulpverlener lijkt soms met een dubbele opdracht te zitten: enerzijds het belang van een goed contact met de jongere en aan de andere kant de hete adem in de nek van collega's en directie, die er belang bij hebben de regels te handhaven. Om dan nog maar te zwijgen van de positie van de internaatswerker, die ook nog de verantwoordelijkheid voor een hele groep bewoners tegelijk heeft en handelt vanuit een team.(...) Critische reflectie op de regels is noodzakelijk, ook op de manier waarop daarmee binnen het team wordt omgesprongen.' p. 24

5. Het model van motivationele gespreksvoering werd oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassenen en niet voor jongeren. Dit heeft consequenties naar het gebruik van dit model met jongeren. Het is immers geen overtuigingsmodel. De verantwoordelijkheid wordt bij de jongere gelegd. Het is hij/zij die de beslissingen neemt. Dit heeft als gevolg dat men de 'verkeerde' beslissingen kan nemen.

In de begeleiding van volwassenen is de eigen keuze van de cliënt om al dan niet het gedrag te veranderen een essentieel element. In de pedagogische relatie tussen internaatsmedewerker en bewoner ligt dat anders, vanwege het opvoedende aspect. Er is in zo'n situatie niet alleen sprake van motiveren maar er ligt ook een duidelijk 'druk' op de jongere om te veranderen. De volwassene is niet alleen stimule-

rend, maar ook degene die grenzen stelt.' p. 11

'Begeleiden van een jongere met problematisch of deviant gedrag houdt een veranderingsproces in. Voor het bereiken van de verandering is de motivatie van de jongere zelf in het geding. Verandering kan niet eenzijdig worden opgelegd.' p. 20

'Een hulpverlener is geen prediker. Zou hij de jongere met man en macht - en dus eenzijdig - proberen te overtuigen van de onjuistheid van diens gedrag dan bereikt hij daarmee vooral, dat de jongen of het meisje zich van hem afkeert. Alleen als er sprake is van een relatie, kan de hulpverlener trachten bij de jongere de motivatie op te wekken om problematisch gedrag te veranderen. Alleen dan kan hij hem/haar begeleiden bij het nemen van weloverwogen beslissingen. De hulpverlener kan dit soort beslissingen niet afdwingen.' p. 22

6. Dubbele boodschappen?

Geef je aan jongeren geen dubbele boodschappen als illegale drugs enerzijds niet toegelaten zijn in de instelling maar je anderzijds hun eventueel gebruik toch wil ter sprake brengen?
Het is echter belangrijk een duidelijk onderscheid te maken tussen het markeren van negatief gedrag (grenzen stellen) en het motiveren van jongeren. In het eerste geval vooral wordt opgetreden omwille van het samenleven en het groepsbelang. In het tweede geval staat de individuele jongere centraal. Het negatieve gedrag kan wel een ingangspoort vormen om met de jongere verder op stap te gaan.

7. Rol verwijzende instanties

Het lijkt belangrijk om ook in verband met interventie (zoals met het plan) goede afspraken te maken met de verwijzende instanties (Comité voor Bijzondere Jeugdzorg en de Jeugdrechtbank). Soms krijgen voorzieningen het gevoel dat er dubbele boodschappen gegeven worden: enerzijds krijgt men de ruimte om jongeren te begeleiden anderzijds wordt men teruggefloten als men er mee werkt.

8. Rol ouders

Hoe moet je ouders benaderen als met de jongere via het motiverend gesprek wordt gewerkt? Vaak bevinden ouders en jongere zich in een verschillende fase: een jongere is bijvoorbeeld na een tijdje gemotiveerd om op stap te gaan maar van de ouders moet het gebruik onmiddellijk stoppen "want het is in de instelling begonnen".
Er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de manier waarop de samenwerking met de ouders zal verlopen.

3.
Opvoeding: concrete programma's

3.1. Verschillende preventiebenaderingen

Preventiewerk heeft een evolutie ondergaan. Traditionele benaderingen zoals het louter verschaffen van informatie, het verbieden van gedrag en het gebruik van afschrikwekkende methodes bleken niet de gewenste effecten te hebben (voor een overzicht: Buisman & Geirnaert, 1992; Geirnaert, 1989; Schinke, Botvin, & Orlandi, 1991). Dit belet niet dat een aantal van deze benaderingen toch nog gebruikt worden.

De waarschuwende benadering, het *afschrikken voor de gevaren van drugs* (bv. door de negatieve gevolgen van drugs te tonen via een film of het verhaal van een ex-verslaafde) heeft op lange termijn echter niet de gewenste effecten. De reden hiervoor is dat dergelijke benadering niet aansluit bij de belevingswereld van de jongeren (de beginnende gebruiker ervaart zijn gebruik immers als positief) en men verschrikkelijke zaken meestal niet op zichzelf betrekt.

De informatieve benadering, *het verschaffen van informatie*, veronderstelt een logische opeenvolging van: weet hebben van de negatieve gevolgen, het aannemen van een andere attitude en het veranderen van zijn gedrag. De praktijk leert dat dit kennis-attitude-gedragsmodel niet opgaat. Weten dat "tabak de gezondheid schaadt" (zoals men op elk pakje sigaretten kan lezen) is op zich niet voldoende om een roker op andere gedachten te brengen en zijn gedrag te veranderen. Informatie over illegale produkten heeft overigens als risico dat het de nieuwsgierigheid opwekt.

Ook *het verbieden van gebruik* aan jongeren die zich in een experimenteerfase bevinden heeft niet steeds het bedoelde effect. Wel integendeel. Jongeren verzetten zich vaak tegen de regels die hen door een autoriteit worden opgelegd. Het verbod heeft een zekere aantrekkingskracht.

Gezien deze traditionele preventiebenaderingen niet of weinig effectief gebleken zijn, is het aangewezen om uit te kijken naar een andere (bredere) aanpak. We lichten er kort een aantal toe: de affectieve, de situationele en de emancipatorische benaderingswijze.

De *affectieve benadering* stelt niet de middelen maar de persoon centraal. De aandacht gaat naar waarden, attitudes en opinies over drugs. Men tracht het zelfbeeld en de zelfwaardering te verhogen. Dit lukt meestal wel maar daarom komt er nog geen gedragsverandering tot stand. Om dit te bereiken is het niet enkel van belang de persoon te bekijken maar ook het milieu en de omgeving in rekening te brengen. We verwijzen hiervoor naar het belang om met verschillende factoren in het model van Tones (zie deel 1, hoofdstuk 2) rekening te houden. Er dient echter ook vermeld te worden dat de gebruikte leermethodieken in de onderzoeksprogramma's naar de effecten van deze benadering onaangepast bleken (Schinke et al., 1991).

De *situationele benadering* besteedt aandacht aan de concrete situaties waarin mensen met drugs in aanraking komen. Er worden aspecten van de informatieve en de affectieve benadering gecombineerd (feiten, waardenverduidelijking, leren nemen van beslissingen,..). De nadruk ligt vooral op de invloed van de vriendengroep en het leren omgaan met groepsdruk. Evaluatieonderzoeken tonen aan: kennisvermeerdering, verbetering in de vaardigheid beslissingen te nemen en daling in gebruik.

Psycho-sociale, waaronder de emancipatorische, benaderingen richten zich zowel naar de persoon als naar de omgeving. De concrete programma's (Outward Bound School, Leefsleutels van Lions Quest en de Uitdaging van Proges), die in het volgende punt worden voorgesteld, zijn hiervan een illustratie. Het aanleren van sociale (o.a. leren oplossen van conflicten, leren functioneren in groep,...) en van persoonlijke vaardigheden (o.a. omgaan met gevoelens, met angst en onzekerheden, ontdekken van eigen mogelijkheden en beperkingen,...) moet jongeren helpen om met ontwikkelingsproblemen en sociale invloeden om te gaan. Het aanbieden van alternatieve activiteiten met dezelfde functie als druggebruik sluit hier bij aan. Dergelijke benaderingen leveren positieve resultaten op naar gedragsverandering toe.

3.2. Voorstelling concrete programma's

3.2.1. Outward Bound België[4]

De Belgische Outward Bound School (OBS) is een vormingscentrum dat een ervaringsgerichte methodiek hanteert als aangrijpingspunt tot persoonlijkheidsontplooiing en relatievorming. Zij maakt hiervoor gebruik van drie actiemiddelen:
- Avontuurlijke activiteiten in de natuur maken het voornaamste deel van een **Outward Bound® programma** uit.
- **City Bound® opdrachten** maken gebruik van het sociale kader van een grootstad om individuele- en groepsdoelstellingen te bereiken.
- Op **het Touwenparcours** bestaan de activiteiten uit een combinatie van zeer gerichte individuele- en samenwerkingsopdrachten op een touwen- en balkenconstructie en een aantal probleemoplossende activiteiten in grote groep.

Al deze activiteiten zijn echter geen doel op zich maar een aangrijpingspunt om met de groep deelnemers op een ervaringsgerichte manier te werken rond hun persoonlijkheidsontplooiing en relatievorming.
In die zin worden de activiteiten steeds voorafgegaan, onderbroken en gevolgd door reflectiemomenten.
Outward Bound België werkt uitsluitend met professionelen. Deze mensen werden specifiek voor deze taak geselecteerd en opgeleid. In de eerste plaats zijn het experiëntiele groepsbegeleiders. Het merendeel van hen heeft ook een psychotherapeutische bijscholing gehad. Zij hebben een jarenlange ervaring in buitensporten, bezitten een EHBO-diploma en staan in voor het veilig verloop van elke activiteit.

In samenspraak met de betrokken doelgroep wordt steeds een programma op maat uitgewerkt, gebruik makend van één of een combinatie van de voorgestelde actiemiddelen.
Outward Bound België is actief binnen het onderwijs; binnen opleidingsprogramma's van universiteiten, hogescholen en vormingscentra; binnen de bijzondere jeugdbijstand en als begeleider van teams binnen de profit- en de 'not for profit'-sector.

Sinds de oprichting van Outward Bound België, in 1977, behoort de doelgroep van de Bijzondere Jeugdbijstand tot het cliënteel.
Dit gebeurt op verschillende manieren:
- Zij schrijven als individu, dikwijls met behulp van fondsen uit sociale kas van OBS, in op één van de open programma's.
- Voor de totale leefgroep van een instelling, voor een bepaalde groep binnen een jeugdhuis dat met deze doelgroep werkt of voor een klasgroep vanuit het Deeltijds Onderwijs wordt een speciaal uitgetekend programma uitgevoerd.
- Met de steun van een ministerie of een overkoepelende organisatie worden via verschillende kanalen individuele jongeren bereikt waarmee een groep wordt samengesteld.
- Via opleiding en bijscholing van de begeleiding en de leerkrachten van deze jongeren wordt er indirect met deze doelgroep gewerkt.

[4] Dit gedeelte werd geschreven door Luk Peeters van Outward Bound België.

De laatste vijf jaar is er op vrij systematische wijze onderzoek verricht naar de effecten van deze programma's op de persoonlijkheidsontplooiing en de evolutie binnen de sociale vaardigheden van de betrokken jongeren.
Opmerkelijk doorheen deze onderzoeken is het grote aantal gerapporteerde veranderingen. Deze veranderingen doen zich vooral voor op vlak van identiteitsontwikkeling, interpersoonlijke vaardigheden, werkattitudes en ook praktische vaardigheden.
Follow-up onderzoek bevestigt een aantal buitenlandse onderzoeken in verband met de beklijving van de gemelde veranderingen.

Binnen de onderscheiden deelaspecten worden volgende topics vermeld:
- Identiteitsontwikkeling:
    * zelfvertrouwen
    * zelfbeheersing
    * doorzetting
    * meer sociaal aanvaardbaar gedrag stellen
    * meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid
    * beter aanvaarden van eigen lichaam
    * leren opnemen en uitvoeren van verschillende rollen
    * verhoging van het concentratievermogen

- Interpersoonlijke vaardigheden:
    * kunnen omgaan en samenwerken met anderen
    * vertolken van eigen mening
    * leren luisteren naar anderen
    * leren hanteren van conflicten

- Werkattitudes:
    * spontaner een opdracht aanpakken
    * stiptheid en doorzetting
    * zelfstandig werken

Vanuit deze positieve resultaten kwam de vraag naar opleidingsprogramma's voor begeleiders uit deze sector. Enerzijds omdat de Outward Bound programma's vrij duur zijn en anderzijds om de kern van deze methodiek (het ervaring- of experiëntieel leren) op grotere schaal te kunnen toepassen.

Dit resulteerde in een langer opleidingsprogramma (ervaringsweek en vier weekends) voor jeugdwerkers, bijscholingsprogramma's voor leerkrachten en bijscholing voor de opvoeders uit de gemeenschapsinstellingen voor Bijzondere Jeugdbijstand.

Outward Bound België wil deze ingeslagen weg verder uitbouwen en zich als opleidingsinstituut profileren. Vanaf 1995 zullen dan ook meerdere programma's in die lijn worden uitgebouwd.

In het preventief werken rond verslavingsproblematiek is het vooral rond het werken aan sociale vaardigheden en de opbouw van de eigen persoonlijkheid en een positief zelfbeeld dat Outward Bound België zijn bijdrage kan leveren. Deze doelstellingen kunnen in een

uitgewerkt aanbod worden verfijnd en gespecifieerd naar bijvoorbeeld leren weerstaan aan groepsdruk, leren omgaan met uitdagingen en opkomen voor zichzelf.

Voor meer informatie:
Outward Bound België
Kapucijnenvoer 217
3000 Leuven
tel: 016/23.51.72
fax. 016/29.03.09

3.2.3. Leefsleutels voor jongeren: geadapteerd voor voorzieningen bijzondere jeugdzorg[5]

Leefsleutels voor Jongeren is een preventiepakket bestemd voor intermediairen die bezig zijn met jongeren. Tot hiertoe was het pakket vooral gericht op leerkrachten. In 1995 wordt, in samenwerking met de Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn, Bestuur Bijzondere Jeugdbijstand, het pakket herwerkt naar de specifieke behoeftes van de bijzondere jeugdzorg.

Doel:
trainen van sociale vaardigheden bij jongeren om gezonde keuzes te maken
verbeteren van de relaties van jongeren met hun omgeving:
thuis
school
gemeenschap

Instrumenten

Training

De begeleiders en leden van het directieteam (idealiter 3+1) volgen een training in equipe. Een training heeft 36 deelnemers uit de bijzondere jeugdzorg. Op deze training ervaar je het belang van aandacht schenken aan het groepsproces, worden een aantal begeleidingstechnieken extra in de verf gezet, wissel je ervaringen uit, begeleid je als deelnemer zelf een aantal activiteiten. Tenslotte wordt er ingegaan op de implementatie van het programma Leefsleutels binnen de individuele voorziening (wanneer kunnen we activiteiten doen, hoe werken we er als team rond samen, hoe hou je rekening met de afwezige ouder...).

Op de training leer je vrij directief te werken met een groep. Niet in de zin van dictatoriaal, maar als tegenhanger van een 'laisser-faire' houding. Je werkt actief en participatorisch met een groep, maar je blijft de groep sturen. Ook het didactisch materiaal sluit aan bij deze werkwijze: het heeft een duidelijke structuur en bevat activiteiten met duidelijke doelstellingen. Dit is typisch voor Leefsleutels, maar wordt in de literatuur ook aangehaald als een noodzaak bij werken met moeilijke jongeren.

Didactisch materiaal

De deelnemers krijgen op de training begeleidend materiaal. Voor een stuk hetzelfde als wat leerkrachten krijgen. Voor een stuk aanvullende activiteiten.
Concrete oefeningen om met de jongeren uit te voeren, mogelijke manieren om dit te structureren binnen de instelling (bv. de jongeren blijven twee maand, maar er is geen gemeenschappelijk aanvangspunt: hoe kan je dan toch tot een resultaat komen?), activiteiten naar ouders toe. Oefeningen zijn zowel gericht op het versterken van algemene

[5] Dit gedeelte werd geschreven door Annick Vandendriessche van Leefsleutels voor Jongeren v.z.w.

vaardigheden (zoals luistervaardigheden, probleemoplossingsvaardigheden...) als specifieke vaardigheden (zoals leren weigeren in situaties waar je legale of illegale drugs worden aangeboden).
Per groep waarmee men werkt moet men minimaal een tiental sessies voorzien, waar zowel algemene als specifieke vaardigheden inoefenen aan bod komt.

In het lessenpakket komt aan bod: groepsklimaat opbouwen, veranderingen tijdens de puberteit, zelfvertrouwen, communicatie, gevoelens uitdrukken, vrienden en groepsdruk, conflicten oplossen, kritisch denken en beslissen (o.m. over legale en illegale drugs), doelen stellen.

Netwerking

Follow-up
Het eerste jaar na de training volgen drie losse follow-updagen, met o.m. integratie van Leefsleutels binnen een ruimer drug- of gezondheidsbeleid.

Tijdschrift
De getrainden krijgen het tijdschrift Questie toegestuurd. Dat verschijnt 4 maal per jaar. En bevat extra tips, achtergrondartikels, nieuwe ontwikkelingen rond Leefsleutels.

Ervaringen tot nu toe

Eén twintigtal voorzieningen hebben de klassieke Leefsleuteltraining (d.w.z. nog niet geadapteerd voor voorzieningen) gevolgd. We hebben via een enquête naar hun ervaringen gepolst.

Effecten:
De helft van de voorzieningen merken:
- jongeren voelen zich beter/er is een betere sfeer
- jongeren hebben meer zelfvertrouwen
- jongeren vertonen meer inzet
- 2 voorzieningen merken geen effect

de overige voorzieningen willen hier niet op antwoorden omdat het geen meetbare effecten betreft.

Voorwaarden voor een goede toepassing:
Iets meer dan de helft van de voorzieningen stelt:
- er moet consensus zijn rond gebruik van het pakket binnen de voziening
- er moet ondersteuning zijn vanwege directie en collega's
- er moet een zekere openheid bestaan binnen het begeleidingsteam
- er moet ruimte voor gemaakt worden
- men moet de tijd krijgen om het zich 'eigen te maken'

Leefsleutels moet ingebed zijn in een open basishouding die je als begeleider hebt

Voor meer informatie:
Leefsleutels voor Jongeren v.z.w.
Hundelgemsesteenweg 1
9820 Merelbeke
tel. 09/230.38.69 fax 09/231.67.15

3.2.3. Activiteiten rond gezondheid (Proges)[6]

De hieronder beschreven activiteiten zijn ontwikkeld voor het secundair onderwijs maar bieden ook mogelijkheden naar bruikbaarheid binnen de bijzondere jeugdzorg.
Het betreft hier een totaal GVO (Gezondheidsvoorlichting- en Opvoeding)-pakket dat vooral om praktische redenen opgesplitst wordt in 5 deelthema's.
De keuze van de thema's is bekomen uit een analyse van het gezondheidsgedrag van adolescenten.[7]

De 5 deelthema's zijn :

- NIET ROKEN MIJN VRIJHEID
  tabakspreventie voor 12-14-jarigen
- HET KAN OOK ZONDER
  alcoholpreventie voor 14-16-jarigen
- DE UITDAGING
  verslavingspreventie voor 16-18-jarigen
- (W)EET JE ALLES ?
  gezonde voeding voor 12-18-jarigen
- ALLE RISICO'S (INBEGREPEN)
  veiligheid voor 12-18-jarigen

Elk van de thema's is ondergebracht in een 'blauwe doos'.
In elke doos bevindt zich :
- een lessenpakket voor de leerkracht
- een kopieerset met de werkbladen voor de leerlingen :
alle mogelijke werkbladen voor de leerlingen zitten verzameld in een aparte set zodat ze op het gewenste aantal kunnen gekopieerd worden.
- 1 exemplaar van het benodigde didactisch materiaal

Alle pakketten zijn verschillend qua inhoud, maar doorheen alle thema's wordt extra aandacht besteed aan kennis en de noodzakelijke vaardigheden die jongeren zich eigen moeten maken zoals bijvoorbeeld neen durven zeggen, beslissingen nemen, omgaan met groepsdruk, enzovoort.

De extra troeven naar Bijzondere Jeugdzorg toe zijn dat het in de pakketten gaat om actieve werkvormen (vooral in 'de Uitdaging'). De thema's sluiten aan bij de leefwereld van de jongeren. Er komen herkenbare situaties in voor.
De meeste activiteiten hebben verschillende varianten in verschillende moeilijkheidsgraden.
De leerkrachten (begeleiders) kunnen uit het ruime aanbod de aan hun leerlingen (jonge-

---

[6] Dit gedeelte werd geschreven door Pascale Hoelebrandt, medewerker van de Vereniging voor Promotie van Gezondheid op School (Proges, v.z.w.).

[7] Analyse van het gezondheidsgedrag van jongeren tussen 12 - 18 jaar, Dienst Sociale Geneeskunde, R.U. Gent.

ren) aangepaste activiteiten kiezen. Men is dus niet verplicht alle activiteiten uit te werken om de verschillende thema's te behandelen.
De pakketten rond tabak en rond alcohol werden opgedeeld in een basis- en een keuzepakket. De uitwerking van het basispakket neemt ongeveer 5 à 6 lesuren in beslag. De essentiële elementen van een preventiepakket komen erin aan bod.
Het keuzepakket bevat het totale aanbod van activiteiten. Daaruit heeft de leerkracht (begeleider) de vrije keuze die activiteiten te kiezen die hij belangrijk acht voor zijn leerlingen (jongeren).

NIET ROKEN : MIJN VRIJHEID
een pakket over tabakspreventie voor 12-14-jarigen
Een effectief rookpreventieprogramma beschikt over enkele essentiële elementen: een aandachtstrekker, feitenkennis, attitude bepalen ten aanzien van het probleem, een persoonlijke beslissing kunnen nemen. In het pakket 'niet roken: mijn vrijheid' komen deze essentiële elementen duidelijk naar voor.
De jongeren krijgen in eerste instantie aandacht voor het rookprobleem. Dit is meer dan enkel luisteren en een activiteit uitwerken op vraag van de begeleider. Ze moeten het probleem zien in relatie tot zichzelf.
In dit preventieproject wordt de functie van aandachtstrekker vervuld door een fotoroman of aanvullende videoprogramma's.
De nodige feitenkennis wordt op een begrijpelijke en aantrekkelijke manier, via diverse activiteiten (kennistest, enquête) gebracht.

Een positieve attitude ten aanzien van niet-roken en vooral de beslissing om niet te roken wordt gestimuleerd door het afwegen van voor- en nadelen van roken, door reacties van bekenden om niet te roken, enz.

Er worden een aantal heel belangrijke vaardigheden aangeleerd zoals: durven beslissen, assertief zijn, weerstand bieden aan groepsdruk, enzovoort.

Tot slot worden de leerlingen ook aangemoedigd hun beslissing openbaar te maken via een ondertekende verklaring. Ook de ouders kunnen bij dit proces betrokken worden.

HET KAN OOK ZONDER
een videopakket over alcoholpreventie voor 14-16-jarigen
Centraal in dit pakket staat het gebruik van een videoband over 'jongeren en alcohol'. De video (20 min.) is bedoeld om op een gevarieerde manier de aandacht te trekken op de verschillende aspecten van het gebruik van alcohol. Aspecten die aan bod komen zijn: alcohol in het verkeer, alcohol op plaatsen waar jongeren samen zijn, redenen voor alcoholgebruik, de werking van alcohol in het lichaam en het bepalen van de eigen limiet. De voornaamste boodschap die wordt doorgegeven is: 'alcohol drinken kan - in bepaalde omstandigheden en in bepaalde hoeveelheden - maar het kan ook zonder !'

De jongeren worden een aantal vaardigheden aangeleerd waardoor ze hun eigen alcoholgebruik onder controle kunnen houden namelijk: eigen limiet bepalen en zich eraan houden, herkennen en toepassen van de juiste hoeveelheden van alcoholische dranken, maken van niet-alcoholische aperitieven, weerbaar zijn in verschillende aanbodsituaties, positief

denken en zoeken naar alternatieven voor alcohol.

DE UITDAGING

Een pakket over verslavingspreventie voor 16-18-jarigen

Het herhaalthema rond verslaving: 'de uitdaging' is een lessenpakket dat qua aanpak enigszins afwijkt van de andere GVO-pakketten.
In dit herhaalthema staat de kennisoverdracht niet centraal, maar is de focus meer gericht op het aanleren van sociale vaardigheden.
Zo zijn er geen uitgeschreven lessen voor de leerkracht met bijhorende werkbladen voor de leerlingen.
Wel worden er reële doe-activiteiten met eenvoudige en concrete opdrachten georganiseerd door een aantal leerkrachten (begeleiders).

Het geheel der activiteiten loopt over 3 fasen :
1. START
Gedurende 2 doe-activiteiten kunnen de jongeren zich situe30Xbinnen de (klas)groep, maar worden ze ook geconfronteerd met hun eigen ik.
2. TRAINING
Via een aantal tussentijdse oefenmomenten kan gewerkt worden aan eigen leerpunten.
3. SLOT : DE ARDENNEN of HULPLIJN
Finale toepassing van het geleerde in een uitdagende omgeving.

Bij het uittesten van dit pakket in de pilootscholen is duidelijk gebleken dat werken rond sociale vaardigheden zoals voorgesteld in 'de uitdaging' een degelijke voorbereiding (vorming) vraagt van de leerkrachten.

Bij de verspreiding van dit pakket staat vorming centraal.
Dit betreft een navorming in samenwerking met de centra voor navorming van de verschillende netten. Deze navorming was een residentiële meerdaagse waar de leerkrachten getraind werden in het leren werken rond Sociale Vaardigheden. Ze 'ondergingen' de activiteiten met grondige nabespreking zoals de leerlingen die ervaren, maar kregen extra feedback naar de schoolsituatie toe.

Na afloop van deze training ontvangen de leerkrachten de bij 'de uitdaging' horende werkfiches: dit zijn volledig uitgeschreven activiteiten met vermelding van materiaal, duur, focussen en ervaringsvelden.

De twee overige pakketten gaan over gezonde voeding en over veiligheid:

(W)EET JE ALLES ?

een pakket over gezonde voeding voor 12-18-jarigen

Voeding is een heel ruim thema. Naast aspecten die direct met 'gezonde voeding' te maken hebben (o.a. de theorie over het klavervier, energieopname en -verbruik) zijn er ook een aantal neventerreinen van het onderwerp behandeld (o.a. consumentenopvoeding, inspelen op reclame, enzovoort).
Ook hier een ruim aanbod van afwisselende werkvormen: groepswerk, cijferen, kruiswoordraadsels, 'contract' enz.

ALLE RISICO'S (IN)BEGREPEN

een pakket over veiligheid voor 12-18-jarigen

Bij analyse van het gegeven 'jongeren en hun veiligheid' werd gekozen voor onderwerpen die rechtstreeks de fysieke veiligheid van jongeren bedreigen (zoals veiligheid in het verkeer, op school, in de klas, lawaaibestrijding,...), maar werden ook een aantal onderwerpen gekozen die iets verder gaan bijvoorbeeld relatie milieu-veiligheid, sociale veiligheid.

'Veiligheid werd dan ook opgedeeld in verschillende van elkaar onafhankelijke topics: Lawaai, Fiets en bromfiets, Veiligheid op school, Veilig sporten, Conflicthantering, Help, Chemie is overal, Student als consument, Je eigen veilige nest.

Voor informatiefolder of bestellingen :

PROGES
(Vereniging voor Promotie van Gezondheid op School vzw)
G. Schildknechtstraat 9 1020 Brussel
tel. 02/422.49.39
fax. 02/422.49.89

4.
Praktijkvoorbeelden

4.1. De DAM[8]: een aanzet tot risicomiddelenbeleid[9]

1. Aanleiding

Een drietal jaren geleden werden wij in De Dam plotseling geconfronteerd met het problematisch gebruik van illegale risicomiddelen. Onze eerste reactie was een angstreactie. Wij waren bang voor wat er ons zou kunnen gebeuren, bang voor de goede naam van de instelling, bang voor de dingen die zouden kunnen gebeuren en iedereen had daar zo zijn eigen fantasieën rond.
Wij gingen op zoek naar oplossingen en de eerste oplossing die bij ons op kwam was : het inschakelen van deskundigen. Al zeer snel ontdekten we dat deskundigen geen pasklare oplossingen hadden en dat we zelf aan de slag moesten.
Eerst hadden we nog de hoop dat het een tijdelijk probleem was. Het werd ons echter al snel duidelijk dat het een probleem was dat naar de toekomst toe steeds meer aandacht zou vragen. Toen deze fase achter de rug was begonnen we ons af te vragen welke vaardigheden wij nodig hadden om deze problematiek te kunnen beheersen. Wij gingen op zoek en bespraken het probleem met andere instellingen. Ook hier waren dezelfde problemen aan de orde, ook zij waren op zoek naar oplossingen. Vanuit dit gegeven groeide een samenwerking die ertoe leidde dat er een projectgroep werd opgezet die het probleem nader ging bekijken.
In samenwerking met de preventiecel van het Comité Bijzondere Jeugdzorg werd een vormingsprogramma voor de begeleiders in de diverse instellingen opgezet.
In feite hebben we langzamerhand ontdekt dat de problematiek niet nieuw is. Onze opdracht bestond er al lang uit om de jongere te leren omgaan met risicomiddelen maar we hadden dat nooit zo expliciet genoemd. Nu de illegale middelen erbij kwamen en we daar zelf als begeleider weinig ervaring mee hadden evenmin als een kader waarbinnen we de problemen konden analyseren, maakte dit dat we ons vrij onmachtig voelden en angst hadden om geen greep op de problemen te krijgen.
Het werd ons duidelijk dat een risicomiddelenbeleid ontwikkelen een noodzaak was om onze angst om te zetten naar een gevoel van: “dit kunnen wij ook aan”.

---

[8] Dit gedeelte werd, met toestemming, overgenomen uit de eindverhandeling van Jef Geybels: Wat doen we met die rotzooi? Risicomiddelen en het ontwikkelen van een risicobeleid in de bijzondere jeugdzorg. 1994.

[9] De Dam is een instelling voor adolescente meisjes in Leuven.

2. Risicomiddelenbeleid : een aanzet

De grondtoon van onze benadering is ons huidig pedagogisch concept en denkkader.
Dit is onze basis en daar is ons risicomiddelenbeleid dan ook op geënt. Voor De Dam is het duidelijk dat een risicomiddelenbeleid een integraal onderdeel is van het pedagogisch beleid.

2.1. Visie op de jongeren

De jongeren die op De Dam verblijven zijn unieke personen. De beleving en het gedrag van de jongere wordt voor een groot deel mee gevormd vanuit hun sociale context. Het is voor de jongere en De Dam belangrijk om een goed beeld van hem te krijgen en om alle factoren die Tones aanhaalt samen met de jongere te evalueren. Wij zien de jongere als een zelfstandig wezen en trachten hem een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid te geven. Dit betekent dat hij steeds de kans heeft om mee beslissingen te nemen en geïnformeerd te worden over de dingen die hem direct aanbelangen. We trachten samen met de jongere tot afspraken te komen om zijn ontwikkeling te stimuleren.

2.2. Pedagogisch denkkader toegepast op risicomiddelenbeleid

Het begeleidingsprogramma wordt opgebouwd rond twee sleutelbegrippen : Opvoeden en behandelen.

2.2.1. Opvoeden

Het opvoedingsproject wordt in zeer grote mate van de gezinsleden overgenomen. Dit betekent dat de voorziening een genormaliseerde opvoedingsomgeving, in al zijn aspecten, moet aanbieden. Het begrip "genormaliseerde opvoedingsomgeving" duidt én op de materiële omgeving én op de relationele omgeving.

2.2.1.1. Materiële omgeving

Deze moet kleinschalig en integratief zijn. Een huis in de rij dat :

1) mogelijkheden biedt voor een daadwerkelijke en gemakkelijke participatie aan het maatschappelijke verkeer (school, vrije tijd, medische voorzieningen ...)
2) privacy voldoende garandeert.

2.2.1.2. Relationele omgeving

In de relationele omgeving moeten de verscheidene aspecten van een geïntegreerd opvoedingsgebeuren voldoende en consequent aangeboden worden:

1) het aanbieden van een genormaliseerd dag-nachtritme, weekritme, tijdsbesteding
2) het aanleren van praktische en sociale vaardigheden
3) het aanbieden van een warme en veilige omgeving
4) het overbrengen van algemeen aanvaarde waarden en normen

Voor het risicomiddelenbeleid betekent dit dat wij een grote klemtoon leggen op sociali-seren en integreren. We trachten samen met de jongeren algemeen aanvaarde waarden en normen te integreren. Onvermijdelijk betekent dit dat grenzen worden aangegeven: wat kan en niet kan, wat goed en niet goed is, wat legaal is en wat niet. Het is de bedoeling de jongeren zoveel mogelijk ruimte te geven, binnen duidelijke grenzen. Grenzen stellen betekent dat de jongeren ook kunnen kiezen en dus verantwoordelijk zijn wanneer ze de grenzen overschrijden.
De experimenteerruimte wordt daardoor beperkt. Wanneer we geconfronteerd worden met gebruik dat niet als geaccepteerd is omschreven geven we een reactie met als grond-toon dat dit moet stoppen.
Wij kiezen zoveel mogelijk voor de offensieve methode en ons hoofdaccent ligt op het bespreekbaar maken, weerbaar maken en het vinden van alternatieven voor eventueel niet geoorloofd gebruik.

2.2.2. Behandelen

Duidelijk is dat de jongeren die bij ons geplaatst worden heel wat negatieve ervaringen hebben gehad. Deze hebben mogelijk sporen nagelaten en belasten de identiteitsontwik-keling en de persoonlijkheidsgroei van de jongeren.
Hoewel de wens tot verandering niet altijd uitgesproken is, behoort het tot de taak van de voorziening om het verwerkingsproces te activeren en de uitbouw van perspectieven te ondersteunen.
Binnen dit proces speelt het oorspronkelijke milieu een zeer grote rol. Als het enigszins kan zal de begeleiding zich richten naar alle betrokkenen.
Om deze doelstellingen te realiseren worden verschillende benaderingswijzen en methoden gebruikt.

3. Pedagogische methoden

De werking van De Dam wordt geschraagd door 4 pedagogische werkinstrumenten. De individuele begeleiding en groepsbegeleiding nemen een belangrijke plaats in het risico-middelenbeleid. Met deze methodieken wordt het risocomiddelen beleid naar de jongeren toe praktisch volledig uitgevoerd. De schoolbegeleiding en de gezinsbegeleiding zijn ook een onderdeel van de werking van De Dam. Voor de uitvoering van het risicomiddelen-beleid in de Dam hebben zij niet een directe actieve rol tenzij er daadwerkelijk sprake is van gebruik. Eén en ander zal duidelijk worden in de volgende beschrijving van de methoden, toegespitst naar risicogedrag.

3.1. Individuele begeleiding

Ieder meisje krijgt bij het begin van haar verblijf in De Dam een individuele begeleider toegewezen. Het doel van de individuele begeleiding is drievoudig:

1. het verwerven van zelfinzicht en het verhogen van het zelfwaardegevoel
2. planning van concrete stappen in de uitbouw van een perspectief naar de toe-

komst en de werkpunten formuleren en helpen realiseren
3. coördinatie van alle contacten (ouders, school, plaatsende instantie ...) en van de persoonlijke administratie

Concreet betekent dit dat de individuele begeleider een vertrouwensrelatie met de jongere uitbouwt. Hij/zij maakt een handelingsplan samen met het meisje. Dit handelingsplan wordt opgesteld aan de hand van een checklist. Risicomiddelen zijn hier een item van. Dit handelingsplan wordt op het team geëvalueerd en met de plaatsende instantie doorgesproken. Dit laatste is conform de besluiten van de Bijzondere Jeugdzorg.
Wekelijks hebben de individuele begeleider en het meisje minstens gedurende één uur een gesprek. Tijdens dit gesprek worden eventuele problemen besproken of gewoon spontaan nagegaan waar het meisje mee bezig is. Omtrent risicomiddelenbeleid wordt regelmatig met het meisje besproken hoe zij met de middelen omgaat en eventueel afspraken gemaakt om één en ander bij te sturen. Het geven van persoonlijke voorlichting gebeurt ook tijdens deze gesprekken. Door individuele begeleiding systematisch aan te pakken en risicomiddelen een aandachtspunt te laten zijn worden de doelstellingen van een risicobeleid al voor een deel gerealiseerd.

3.2. Groepsbegeleiding

De groepsbegeleiding is een andere invalshoek in de begeleiding. Belangrijk blijft het individu maar in de groepsbegeleiding wordt meer de nadruk gelegd op het samenwonen in de voorziening. De objectieven van de individuele begeleiding blijven dezelfde, maar in de groepsbegeleiding komt de nadruk meer te liggen op oefenen van vaardigheden.
Enerzijds de praktische vaardigheden (wassen, koken, administratie) en anderzijds de relationele vaardigheden om samen te kunnen leven en later een zelfstandig bestaan te kunnen opbouwen.
Voor het risicomiddelen beleid zijn daar drie belangrijke activiteiten in, namelijk het groepsgesprek, de vormingsactiviteiten en de recreatie momenten.

3.2.1. Groepsgesprek

Het doel van het groepsgesprek is het werken aan een eenheidsbeleving, een wij-gevoel; het starten van een leerproces in het samen oplossen van problemen; het bieden van hulp bij het verwerken van de gebeurtenissen en gevoelens die in het groepsleven plaats vinden; het voorkomen van problemen en onaangenaamheden door zeer tijdig hulp te bieden; de bereidheid van de begeleiding tonen om te komen tot overleg; het geven van advies aan de begeleiding; het uitwisselen van informatie tussen team en begeleiding; het bieden van een gelegenheid om het informele groepsleven op tafel te brengen, zodat het - indien nodig - voor hulp en verandering vatbaar is.

Groepsgesprek vindt wekelijks plaats en deelname is verplicht. Het groepsgesprek is dan ook zeer belangrijk in het risicomiddelenbeleid. De gespreksleider gaat regelmatig de regels na en checkt wat er leeft omtrent risicomiddelen.
De gesprekleider brengt verslag uit op de teamvergadering van waaruit eventuele acties worden opgezet. Deze acties kunnen gedelegeerd worden naar de individuele begeleider

of naar de groepsbegeleiders voor voorlichting en vorming.

3.2.2. Vormingsactiviteiten

Het doel van de vormingsactiviteiten is om bij de jongeren inzichten, attitudes en vaardigheden te ontwikkelen die leiden naar een emancipatorisch gedrag. Dit betekent dat naar *persoonlijke ontwikkeling* de volgende subdoelen worden nagestreefd :
- het voor zichzelf doelen kunnen stellen; kunnen maken van persoonlijke keuzes
- "nee" durven zeggen (weerstaan van groepsdruk), beslissingen durven nemen
- probleemoplossend denken en handelen
- kunnen omgaan met positieve en negatieve emoties, mislukkingen begrijpen en aanvaarden, kunnen omgaan met succeservaringen

Voor de *sociale ontwikkeling* zijn de volgende subdoelen van belang :
- groepsdoelen kunnen stellen; groepsbeslissingen aanvaarden, eigen ideeën durven voorstellen
- probleemoplossend denken en handelen
- positieve feedback geven
- hulp/steun kunnen vragen en geven

De hier omschreven doelstellingen zijn ideaal-doelstellingen, zij kunnen pas bereikt worden na een lange periode van systematische en intensieve oefening. Hoewel het moeilijk is zal het steeds ons streefdoel zijn deze doelstellingen te bereiken.
Er wordt naar getracht de jongere zoveel mogelijk te betrekken in het opzetten van de vorming. Tijdens de groepsgesprekken wordt gepeild naar zijn behoefte. Van daaruit wordt door de activiteitenbegeleider een plan ontworpen dat nauw aansluit bij de behoefte.
Er wordt thematisch gewerkt in een jaar cyclus gelijklopend met het schooljaar. De volgende thema's komen terug: Risicomiddelen en risicogedrag, Sexualiteit en relatievorming, Samenleving en toekomstverwachtingen, Vrije tijd.
Concreet betekent dit dat er om de veertien dagen een groepsactiviteit is waaraan men verplicht moet deelnemen. Tijdens de schoolvakantie zijn er tweedaagse- voorzien en tijdens de zomervakantie zijn het wekelijkse groepsactiviteiten.

3.3. Schoolbegeleiding

De school en alles wat daarmee samenhangt neemt een belangrijke plaats in het dagelijks leven op De Dam. Het takenpakket van de schoolbegeleider situeert zich op twee niveaus: enerzijds richt hij zich op individuele leermoeilijkheden, schoolachterstand en leerattitude van de meisjes, anderzijds werkt hij aan de uitbouw van een actief samenwerkingsverband met de scholen. Ook hier zal systematisch aandacht zijn voor de risicomiddelen.

3.4. Gezinsbegeleiding

Wat er zich op gezinsniveau ook heeft voorgedaan, de band die een jongere heeft met zijn thuismilieu blijft vaak een essentiële rol spelen in zijn identiteitsontwikkeling. Vandaar dat een gezinsbegeleiding kan worden opgestart, eventueel in functie van een terugkeer naar huis of omwille van specifieke problemen. Risicomiddelen is hier één van. Het doel en de frequentie zijn afhankelijk van de individuele problematiek en het gezinssysteem.

4. Concrete algemene vertaling

4.1. Algemene doelstelling in verband met risicomiddelen.

De jongeren adequaat leren omgaan met genotmiddelen en het verhogen van de weerbaarheid om een eigen houding en gedrag tegenover de middelen te bekomen.
De vaardigheden en de kennis van de begeleiders verder ontwikkelen.

4.2. Leefregels

* Gebruik van genotmiddelen is een wezenlijk thema van elke begeleiding en is dus steeds bespreekbaar.

* Gebruik van illegale middelen in De Dam en daarbuiten kan niet. Als hier overtredingen vastgesteld worden, dan treedt het pedagogische stappenplan in werking.

* Bij drugdealing en/of het aanzetten van anderen tot gebruik wordt de begeleiding in vraag gesteld en samen met de plaatsende instantie gezocht naar een adequate oplossing.

* Alcohol gebruik in De Dam kan niet. Het is in De Dam niet toegestaan alcohol in zijn bezit te hebben. Onder begeleiding kan alcohol met mate worden gebruikt.

* Alcohol gebruik buiten De Dam kan met mate. Samen met individuele begeleider kan alcoholverbod overeengekomen worden.

* Bij dronkenschap gaat men naar de kamer. De begeleiding bepaalt dit. Later volgt hierover een gesprek.

* Medicijnen worden alleen gebruikt op voorschrift van de dokter. Zelfmedicatie wordt beperkt tot het strikt minimum en met toestemming van de begeleiding.

* Geen medicijnen op de kamer, tenzij met de individuele begeleider anders is overeengekomen.

* De begeleiding kan bij vermoeden van gebruik een urinetest afnemen. Weigering staat gelijk met gebruik.

4.3. Begeleiding en pedagogisch stappenplan

De begeleiding geeft regelmatig de visie van De Dam op risicomiddelen weer; regels worden bij de intake besproken.
Wanneer de begeleiding vaststelt dat er bij een jongere sprake is van een problematisch middelengebruik, dan treedt het onderstaand stappenplan in werking :

* Duidelijk de grenzen aangeven: afhankelijk van het middel.

* Het probleem wordt geduid: de jongere wordt geconfronteerd met zijn problematisch gedrag, eventueel ondergaat hij een urinetest om het gebruik te objectiveren. De techniek van functieanalyse wordt hier gebruikt.

* Het probleem wordt met de bewoner verduidelijkt : wat?, wanneer?, in welke omstandigheden?,...

* Het probleem wordt op de teamvergadering besproken: gaat het hier om initiatiegebruik, experimenteel gebruik, misbruik, afhankelijkheid. Bij geïntegreerd gebruik en afhankelijk gebruik wordt verwijzing geregeld.

* Plaatsende instanties worden correct ingelicht. Indien de gezinssituatie dit aankan worden de ouders ingelicht.

* Indien de begeleiding wordt voortgezet, wordt een specifiek begeleidingsplan opgemaakt dat aansluit bij het handelingsplan. Het begeleidingsplan vermeldt de evaluatiefrekwentie en de samenwerking met eventuele gespecialiseerde diensten en afspraken met de plaatsende instantie.

* In noodsituatie wordt steeds in eerste instantie de hulpdienst 100 of spoedgevallen van het ziekenhuis gekontakteerd.

4.4. Preventie

De Dam richt zich op offensieve persoonsgerichte preventie. Dit wordt vooral bereikt via de individuele begeleiding, groepsgesprekken en vorming. Het thema risicomiddelen komt tenminste gedurende één trimester uitgebreid aan de orde in de vorming. Indien nodig kan daar ook op andere momenten op teruggekomen worden.
Begeleiders die behoefte hebben aan vorming kunnen een voorstel doen op de teamvergadering. Voor het team wordt collectief vorming voorzien in produktinformatie en vroegherkenning.

4.5. Evaluatie

De afspraken en de regels worden permanent geëvalueerd in de werking (groepsgesprek, individuele begeleiding). Hiervan volgt verslag in de teamvergadering, van waaruit het besluit komt tot eventuele bijsturing.
In de maand mei van het jaar wordt het risicomiddelenbeleid geëvalueerd in de teamvergadering. De activiteitenbegeleider bereidt deze evaluatie voor.
Begeleiders dienen de modelfunctie bewust te hanteren.

BESLUIT

De jongeren en de begeleiders zullen voldoende kennis moeten hebben van de risico's die aan genotmiddelen zijn verbonden. Via objectieve niet moraliserende voorlichting en vorming kan dit bereikt worden.
Voorlichting en vorming zullen een geïntegreerd onderdeel zijn van een risicomiddelenbeleid en zullen geënt zijn op het algemeen pedagogisch beleid van de voorziening.
Beleid ten aanzien van risicomiddelen kan niet los staan van de realiteit van de bestaande situatie. Als beleidsuitspraken niet meer overeenkomen met werk en uitvoeringsbeslissingen dan komen zij in de lucht te hangen en blijven ze theorie.
Regels over risicomiddelen en risicogedrag zijn ingesteld op grond van een aantal algemeen geldende afspraken. Regels geven duidelijkheid over het beleid. De regels zijn geen doel op zich.
Probleemgedrag met risicomiddelen is niets anders dan ander probleemgedrag. Het uitgangspunt is dat het gebruik van risicomiddelen een bepaalde functie heeft bij de jongeren. Het maken van een functie-analyse geeft zicht op de functie en de eventuele tekorten op sociale vaardigheden welke daar aan ten grondslag liggen.
Onvoorwaardelijke acceptatie van de jongeren staat voorop. Dat neemt niet weg dat er duidelijkheid gegeven moet worden over grenzen die door de instelling worden gesteld.
De begeleiding is gericht op communicatie met de jongeren.
Het ontwikkelen van een risicobeleid is een proces dat voor elke instelling anders kan en zal verlopen. Er bestaan geen recepten waarmee de problemen kunnen worden opgelost.
Risicomiddelen beleid is net als het andere beleid dynamisch, het behoeft regelmatig evaluatie en bijsturing.

4.2. Visie drugpreventie en -hulpverlening binnen de VZW Onze Kinderen[10]

De kernopdracht van de VZW Onze Kinderen is afgelijnd door het begrip 'problematische opvoedingssituatie'.

De cliënten, minderjarigen en hun gezinnen, verkeren in een problematische situatie die, gegeven het multi-problem aspect, reeds een ***risico*** inhoudt. De draagkracht is afgenomen.

Het druggebruik op zich wordt gekenmerkt als een ***risicogedrag***. Het illegale druggebruik onderscheidt zich van de andere, meer gelegaliseerde drugs zoals alcohol, tabak of medicatie, door het feit een snelle bekrachtiger te zijn.
Hiermee wordt verwezen naar de leertheorieën die stellen dat gedrag dat bekrachtigd wordt, meer kans maakt om herhaald te worden.

Het gedrag (drugs nemen) wordt bekrachtigd waardoor de kans op opnieuw nemen vergroot wordt. Enerzijds is er gevaar op bekrachtiging in fysische zin: illegale drugs geven onmiddellijke en sterke effecten, bij afwezigheid van bepaalde produkten wordt men lichamelijk ziek. Anderzijds is er sociale of functionele bekrachtiging: wanneer jongeren, via druggebruik de eisen, spanningen en problemen eigen aan hun leeftijd en ontwikkelingsfase proberen te hanteren, kan dit aanleiding zijn tot een levenswijze waarbij drugs deel gaan uitmaken van elke probleemhantering. Druggebruik krijgt zo een functionele waarde: het helpt bij het oplossen van een individueel probleem. Bij afwezigheid van drugs wordt het psychisch welbevinden verstoord.

De VZW Onze Kinderen neemt zich voor om in zijn opvoedings- en begeleidingsopdracht alert te zijn op het brede vlak van legale en illegale drugs, aangezien beide risico's met zich kunnen meebrengen.
Een algemeen preventiebeleid en gezondheidsvoorlichting zal deel dienen uit te maken van het dagelijkse aanbod van opvoeding en begeleiding.

De matching van risicogroep en risicogedrag enerzijds, de mogelijke wederzijdse beinvloeding door het kortdurend of langduriger samenzijn van jongeren in de respectievelijke afdelingen anderzijds, motiveert de VZW Onze Kinderen om in haar visie rond drugpreventie en -hulpverlening ***alerter te zijn dan doorsnee-preventieprogramma's aangeven***.
Daarnaast vergeten we niet dat het ***minderjarigen*** zijn die ***'toevertrouwd'*** worden door ouders of externe instanties.

---

[10] Deze tekst werd, met toestemming, integraal overgenomen van C.I.B. (Centrum voor Integrale Begeleiding), v.z.w. Onze Kinderen te Rumbeke. De v.z.w. Onze Kinderen bestaat uit 1 residentiële voorziening (C.I.B.) en 2 dagcentra, bedoeld voor alle leeftijdscategorieën.

Het feit dat de VZW zich bereid verklaart om cliënten te begeleiden die drugs gebruiken, moet begrepen worden als een 'niet louter restrictief' beleid maar toch binnen duidelijke voorwaarden.
Bespreekbaarheid en begeleiden mogen niet verward worden met het tolereren of afwijken onder bepaalde gevallen van het algemeen geldend standpunt. In elk gesprek zal naar de visie en de interne norm van de VZW verwezen worden als een gegevenheid.
Eigen waarden en normen inzake druggebruik kunnen een belemmering zijn in de algemene normhantering en passen niet binnen de begeleidingscontext en de uitgewerkte handelingsplanning en zijn dus enkel op hun plaats in de eigen privé leefsfeer en niet op het werk.

Taken

- Er is sprake van ***algemene preventie*** voor allen die in contact kunnen komen met legaal of illegaal druggebruik op de korte termijn.
  Er zal een preventieprogramma ontwikkeld worden waarin zowel legale als illegale drugs behandeld zullen worden.

- Er is sprake van ***duiding en hantering binnen de individuele handelingsplanning*** voor zij die experimenteel in contact zijn met drugs. Dit geeft onmiddellijk de norm aan dat elk druggebruik bespreekbaar en werkbaar moet blijven.

- Er is sprake van ***specifieke individuele begeleiding, samenwerking en/of doorverwijzing*** voor zij die gewoontegebruikers zijn of neigen tot verslaafd zijn.

- Hiermede wordt aangegeven dat de bereidheid tot werken met 'gebruikers' van drugs aanwezig is. De werkbaarheid zal uitgemaakt worden via de ***intakeprocedure***.

Normstelling

We spreken van de ***interne norm*** als we het hebben over de gebouwen en het grondgebied van de VZW Onze Kinderen.
Inzake legale drugs in al hun vormen wordt verwezen naar het huishoudelijk reglement van de afdelingen.
Inzake illegaal druggebruik, is de intern gehanteerde norm dat elk gebruik door wie dan ook niet toegestaan is. Noch gebruik, noch bezit zijn toegestaan. De interne norm is de strikt juridische norm.

Tegelijk krijgen we te maken met extern gebruik: cliënten die illegale drugs gebruiken, maar niet binnen de gebouwen of op het grondgebied van de VZW, en/of druggebruik door cliënten die in het kader van Begeleid Zelfstandig Wonen begeleid worden. Ook hier wordt verwezen naar de bovenvermelde norm. Inzake hantering bieden deze omstandigheden evenwel wat meer ruimte om binnen het kader van de individuele begeleiding en handelingsplanning te werken aan de bereidheid bij de cliënt tot afbouw van het gebruik.

Voor de verkoop van illegale drugs wordt verwezen naar het algemeen reglement, waardoor gelijk welke activiteit van verkoop of ruiltransactie voor de jongeren verblijvend in de VZW Onze Kinderen, niet toegestaan is.

Methodiek

Zowel bij de preventie als binnen de individuele begeleiding rond gebruik zal sterk aandacht moeten gegeven worden aan geëigende methodieken. De VZW zal een extra inspanning moeten leveren om op korte termijn kennis en ervaring te verwerven.

Deze verwerving kan via algemene informatieoverdracht naar het personeel toe, via discussie en vorming op het niveau van elke afdeling, via individuele opleiding of via uitbesteding en samenwerking met gespecialiseerde diensten.

De VZW zal zich tevens dienen te realiseren dat de aanpak van druggebruik geen tijdelijke actie is, maar deel dient uit te maken van het lange termijnbeleid.

In die zin zal een specifiek algemeen budget dienen vrijgemaakt te worden de eerste twee werkingsjaren.

In 1994 zal aan het thema druggebruik voorrang gegeven worden binnen de toewijzing van de bestaande budgetten inzake individuele opleidingen. De bestaande procedure kan gevolgd worden.

Doelen

1. Preventief optreden t.a.v. legaal en illegaal druggebruik

2. Voorzien in een algemeen leefklimaat van gezonde voeding en leefgewoonten.

3. Het contact met de jongeren behouden en openhouden rond het thema druggebruik. Bespreekbaarheid creëren.

4. Begeleiden binnen strikte voorwaarden:
   nl., voorkomen van - uitbreiding naar niet gebruikers
   - evolutie van experimenteel naar problematisch gebruik
   - bijkomende problemen door druggebruik

5. - De juridische norm wordt correct nageleefd.
   - De doelstelling van de VZW Onze Kinderen is opvoeding en hulp verlenen. Dit betekent dat wij jongeren die drugs gebruiken zullen begeleiden binnen duidelijke voorwaarden en onze maatschappelijke rol en bijdrage rond deze aspecten opnemen.

Strategie

Eerste niveau: preventie.

Preventie wordt gerealiseerd impliciet en expliciet, nl. via het dagdagelijks samenleven en model staan én via specifieke, gerichte informatie- of vormingsmomenten. Bij dit laatste kan gekozen worden tussen het zelf organiseren of het samenwerken met bestaande diensten.

Hierdoor wordt tevens gestreefd naar een open klimaat binnen de afdelingen inzake bespreekbaarheid van het thema druggebruik tussen de jongeren en hun begeleiders. Daarnaast zal aandacht moeten gegeven worden aan de waarden en normen van allen die deel uitmaken van de leefwereld van de jongere (vb.: vrienden, gezin,..).

Tweede niveau: vermoeden van druggebruik.

Het betreft zowel illegaal als legaal druggebruik (vb.: gebruik van medicatie, alcoholgebruik, een 12-jarige waarvan vermoed wordt dat hij rookt,...)

Het vermoeden van legaal of illegaal druggebruik dient aan de teambegeleider gemeld en komt zeker op de vergadering van het begeleidingsteam aan bod. Het bieden van antwoorden op dit mogelijk probleemgedrag dient te verlopen ***binnen de bestaande werkwijze van de uitbouw en opvolging van de individuele handelingsplanning en staat onder supervisie van de teambegeleider.***

Bij vermoeden wordt op een expliciete wijze de norm gesteld die door de VZW en de afdeling terzake gehanteerd wordt. Een formele afspraak dient binnen de 30 dagen vastgelegd te worden. De teambegeleider beslist over de maatregelen die dienen genomen te worden om duidelijkheid te verkrijgen vb.: kamercontrole, urinetest, navragen bij ouders,....

Doelstelling is hier o.m. ***duidelijkheid*** te verkrijgen.
Dit betekent antwoorden vinden op de vragen:

- Is er bezit en/of gebruik ?
- Worden er drugmiddens gefrequenteerd ?
- Om welke produkten gaat het ?
- Hoeveelheid en intensiteit van gebruik ?
- Financiering van het gebruik ?
- Hoe beleeft de jongere zijn gebruik ?
- Is er negatieve uitbreiding naar andere domeinen te merken ?

Derde niveau: feitelijke vaststelling van gebruik.

Een verbreding en verdieping van de voorgaande strategie vindt plaats door het betrekken op een expliciete wijze van ouders, verwijzer en belangrijke derden. Belangrijk is hierbij rekening te houden met het beroepsgeheim dat wij als hulpverleners in deze materie hebben. Intern bestaat dit beroepsgeheim niet t.a.v. teambegeleider en/of directie. De

beslissing om druggebruik te melden aan ouders, verwijzer of derden door hen genomen.

Diagnostisch zal de beeldvorming rond het druggebruik verder moeten uitgediept worden. Antwoorden moeten komen op vragen zoals:
- Gaat het om occasioneel gebruik ?
- Gaat het om enige gewenning of echte verslaving ?
- Is er verlies op andere gebieden zo ja de welke ?

De begeleiding verloopt in akkoord en overleg met de betrokken partijen zoals hierboven vermeld. De strategiebepaling ligt bij de teambegeleider, die zal inschatten:
- of de VZW zelf een correct begeleidingsaanbod kan doen,
- of er dient samengewerkt te worden met externe diensten,
- of er dient ambulant doorverwezen te worden,
- of de volledige begeleiding door een ander centrum dient opgenomen te worden.

Addenda:
1. Betrekken van anderen:
   Het 'sfeer maken' rond gebruik van drugs tot het uitnodigen of aanzetten tot gebruik wordt hoe dan ook opgevolgd met een sanctionering omwille van de groepscultuur.
2. Verkoop of verdelen:
   Bij de eerste herkenning of vaststelling van verkoop wordt de betrokkene gesanctioneerd. Daar verkoop vrij lonend kan zijn, mogen we aannemen dat dit niet 'zomaar' zal ophouden. Alle nodige betrokkenen zullen onmiddellijk geïnformeerd worden.
   Bij herhaling kan de directie overgaan tot een tijdelijke of definitieve verwijdering.

Planning

Een algemene informatie en vorming zal aan al het personeel van de VZW verstrekt worden door middel van lezing, teksten en evt. videomateriaal.
Een samenwerking en ondersteuning zal voorzien worden via de preventiewerking van het CBJ en het CGGZ te Roeselare en anderen.
Een eerste stap hiertoe was de organisatie van twee sessies i.v.m. drugbeleid in de maanden januari en februari 94.

Na het ontwikkelen door de directie van een ontwerp i.v.m. drugbeleid binnen de VZW, zal dit ter uitdieping voorgelegd worden aan de teams en meer in het kader van de werkvorm dienen geconcretiseerd te worden via discussie in de begeleidingsteams.

In een verdere fase zal informatie verstrekt worden aan de cliënten via individuele gesprekken en groepsgesprekken.

Daarna kunnen eventuele individuele begeleidingen inzake druggebruik systematisch binnen het bestaande kader van de handelingsplanning uitgewerkt worden.

4.3. Een Nederlands voorbeeld

Bij wijze van voorbeeld geven we een illustratie van het proces dat men in het Nederlandse Drenthe heeft doorlopen met betrekking tot (verslavings)preventie in de jeugdhulpverlening via het "Weet wat je doet"-project (Buisman & Van Dalen, 1993, 1994; Borghuis, 1993). Het gaat over een preventieproject in een grote instelling (Bijzonder Jeugdwerk) met verschillende leefgroepen.

- In eerste instantie werd groepsvoorlichting georganiseerd voor de jongeren. De evaluatie luidde:
"De instellingen waren tevreden omdat ze zich niet langer machteloos voelden, de voorlichters (van het CAD) hadden de indruk dat hun voorlichting bij de jongeren aansloeg."
(...)
Maar daarna concludeerde men dat *"deze vorm van preventie (eenmalige, door externe voorlichters gegeven), groepsvoorlichting, niet het beoogde resultaat had bewerkstelligd".*

- In tweede instantie bleek er bijgevolg nood aan deskundigheidsbevordering van het personeel in de instelling.
"Men wist te weinig af van drugs, aan hun houding ontbrak het een en het ander en de vaardigheid om met jongeren over drugsgebruik te praten liet te wensen over. Maar ook deze bredere aanpak, waarbij nu ook aandacht werd besteed aan drank en gokproblemen, bleek op den duur niet de beoogde resultaten te hebben." (...)
Zo ook was er *"het probleem in hoeverre er een uniform, zonder aanziens des persoons gesteld beleid gevolgd diende te worden of een meer individueel toegesneden beleid".*

- Tot slot werd met een derde fase afgesloten: *"naar een structurele aanpak van verslavingspreventie in de jeugdhulpverlening."*
Men kwam tot de conclusie *"dat alleen een structurele preventieaanpak over een langere termijn, met extra investering van tijd en geld en brede ondersteuning vanuit de instellingen voor jeugdhulpverlening, bestuurlijk en directioneel, zoden aan de dijk zou kunnen zetten."* (...) *"Er werd een nieuw hoofddoel geformuleerd: instellingen voor jeugdhulpverlening voorzien van een beleidsmodel, waarmee preventie, vroegtijdige onderkenning en vervolgens begeleiding en hulpverlening zou mogelijk worden."*

Dit werd uitgewerkt aan de hand van vier onderdelen:
1. Voorlichting aan leefgroepen
2. Procedures en methoden voor signalering, zelfhulp, begeleiding en verwijzing.
3. Een instellingsreglement t.a.v. gebruik van middelen
4. Vaardigheids- en deskundigheidsvoorwaarden voor medewerkers.

De algemene doelstelling van het beleid is: voorkomen van misbruik en verslaving (Bijzonder Jeugdwerk / CAD Drenthe, 1994).
Opgesplitst in twee subdoelstellingen betekent dit:
- Bevorderen dat alle bewoners een bewuste en verantwoorde keuze maken met betrekking tot hun gebruik van tabak, alcohol, drugs en gokken
- Bevorderen dat bewoners die reeds overmatig tabak, alcohol, drugs gebruiken of over-

matig gokken er voor kiezen hun gebruik te veranderen.

In dit project is er ook samenwerking met school (in verband met de vorming naar de jongeren).

Dergelijk voorbeeld illustreert een tweetal zaken. Vooreerst wordt hierdoor aangetoond dat de evolutie in het algemene preventieve denken ook in de jeugdhulpverlening is door te trekken. Met het louter verschaffen van informatie aan de jongere kunnen immers niet de gewenste preventieve effecten bereikt worden. De nood aan een meer structurele, beleidsmatige aanpak dringt zich op.

Ten tweede is er de vaststelling dat de drugpreventieve werking in de jeugdhulpverlening in Nederland en Vlaanderen niet fundamenteel van elkaar verschilt. In beide gevallen staat het ontwikkelen van een beleid als aanpak op de voorgrond. De concrete invulling van dit kader vertoont wel een aantal verschilpunten in aanpak en methode. Toch zijn de vier vernoemde onderdelen uit Drenthe terug te vinden in de drie componenten van een beleid zoals die in deze publicatie werden beschreven. Een instellingsreglement (3.) vinden we terug in de eerste component het plan; de procedures en methoden en de vaardigheids- en deskundigheidsvoorwaarden (2. en 4.) bij de tweede component interventie; de voorlichting aan leefgroepen (1.) bij de laatste component opvoeding.

5.
Overzicht betrokken comités en voorzieningen

Van begin 1992 tot eind 1994 waren volgende Comités voor Bijzondere Jeugdzorg en voorzieningen bijzondere jeugdbijstand in het project betrokken:

CBJ Dendermonde (6)

- De Morgenster (Waasmunster)
- De Steiger (Lokeren)
- St.-Vincentius (Dendermonde)
- De Dageraad (Hamme)
- Kindervreugd (Waasmunster)
- 't Kompas (Dendermonde)

CBJ Oostende (3)

- Weid en Wilgen (Gistel)
- De Bolle
- Jeugdhaven (Middelkerke)

CBJ Brugge (11)

- De Kerseboom
- Groot Hertsberge
- Maria-Goretti
- De kleine dennen
- Opvang
- De zingende sparren
- Nieuwland
- De Zandberg
- De Teerling
- De Totebel
- Cruushove

CBJ Gent (6)

Dagcentra:
- De Twijg (Gent)
- De Totem (Gent)
- Letha (Ledeberg)
- De Klaroen (Eeklo)

- De Pedaal (Gent)
- De Boei (Zelzate)

CBJ Oudenaarde (9)

- St.-Elisabeth (Ronse)
- Ambulant Centrum Vlaamse Ardennen (A.C.V.A.) (Ronse)
- Van Cauwenberghe - D'hondt (Zingem)
- Huize Ten Berg (Zwalm - St-Martens Latem)
- Maria-Goretti (Etikhove)
- Zonnelied (Ronse)
- Kindervreugd (Kruishoutem)
- Tobias (Ronse)
- 't Roborstje (Zwalm - Roborst)

CBJ Leuven (13)

- Ave regina (Bierbeek)
- De Dam (Leuven)
- Amber (Leuven)
- Malpertuus (Buken)
- De Triangel (Kessel-Lo)
- Monte Rosa (Kessel-Lo)
- Jeugdoase (Heverlee)
- De Wissel (Leuven)
- Cidar (Kortenberg)
- Ter Wende (Leuven)
- Oikoten (Tildonk)
- Terbank (Heverlee)
- Ivo Cornelis (Heffen)

CBJ Ieper (9)

- De Keper (Poperinge)
- Het Nieuwerck (Ieper)
- De Mozaïek (Ieper)
- Den Akker (Wervik)
- Godtschalck (Loker)
- De Witte Berken (Wervik)
- Ons Tehuis (Ieper)
- De Walhoeve (Vleteren)
- Harmonie (Ieper)

CBJ Roeselaere (1)

- Onze Kinderen (Rumbeke)

Halle-Vilvoorde (7)

- 't Pasrel (Schaarbeek)
- De Wip (Halle)
- Het Vlot (Jette)
- Ivo Cornelis (Vilvoorde)
- De Loper (Anderlecht)
- 't Spiegeltje (Asse)
- Het Gelukkige kind (Vilvoorde)

Turnhout (20)

- 't Neerhof (Turnhout)
- Sint-Isabella (Arendonk)
- 't Kruispunt (Beerse)
- De Waaiburg (Geel) met afdelingen: 't Spoor, De Leeuwerik, Pitstop
- De Link (Hulshout) met afdeling: Westmeerbeek
- Ter Loke met afdelingen (Turnhout)
- Home Polendam (Vosselaar)
- Familiehome Hoogland (Wochelderzande)
- Oude Baan (Baarle-Hertog)
- De hoeve (Geel)
- Riedhove (Gierle)
- Nummer Negen (Hoogstraeten)
- De Werft (Geel)
- Kameleon (Herentals)
- Ter Loke Dagcentra (Turnhout): Afdelingen:
- De Schans (Turnhout)
- De Schommel (Turnhout)
- Aandacht (Geel)
- Centrum Gezins- en Jongerenbegeleiding (Turnhout)
- Jongenstehuis (Lommel)

CBJ Antwerpen

Voor het arrondissement Antwerpen werd in samenwerking met het CBJ, SODA en Free Clinic een afzonderlijk project opgezet. Er werd één halftijdse kracht aangetrokken om aan het project in Antwerpen gestalte te geven. De volgende voorzieningen kwamen met het project in aanraking:

Thuisbegeleidingsdiensten:
- Centrum Jongeren- en Gezinsbegeleiding (Antwerpen)
- De Klink (Kapellen)
- Gezinsbegeleidingsdienst Antwerpen (Antwerpen - Merksem)
- Humanistische Thuisbegeleidingsdienst (Antwerpen - Borgerhout)
- Joba (Antwerpen - Hoboken)

- Regionaal Centrum voor thuisbegeleiding (Antwerpen - Berchem)

Pleeggezinnendiensten :
- Begeleid op weg - AMOK (Antwerpen)
- Dienst voor plaatsing in gezinnen - OCMW (Antwerpen)
- Jeugdzorg in gezin (Bonheiden-Rijmenam)
- Kamers met aandacht (Antwerpen - Borgerhout)
- "Opvang" (Antwerpen)
- Gezinsplaatsing De Mutsaard (Antwerpen)
- Sociale dienst Vlaamse Gemeenschap Jeugdrechtbank (Antwerpen)

Dagcentra :
- De draaiboom (Antwerpen-Hoboken)
- De Steiger (Antwerpen - Merksem)
- De Tandem (Antwerpen - Berchem)
- De Touter (Antwerpen - Berchem)
- De Vlinderkens (Edegem)
- De Zwaantjes (Antwerpen - Hoboken)
- Hof te Heide (Antwerpen - Hoboken)
- Home Dageraad (Wuustwezel)
- Home Drakenhof (Antwerpen - Deurne)
- Home Sint-Anna (Antwerpen)
- Huize Bethanië (Schoten)
- Jongerentehuis Den Engel (Ranst)
- Onze Thuis (Antwerpen - Berchem)
- Tehuis De Twee Gezusters (Schilde - 's Gravenwezel)
- Tehuis Vale (Antwerpen - Berchem)
- Werk van Don Bosco - Jongenstehuis (Boechout - Vremde)
- Wingerdbloei (Antwerpen - Berchem)

Begeleid Zelfstandig Wonen
- Joba (Antwerpen)
- ZWP AMOK - Zelfstandig Woonproject (Antwerpen)

LITERATUUR

- Ansoms, S. (1993). Oude en nieuwe drugs. Davidsfonds - Leuven.

- Ahuis, G. (1992). Begeleiden of wegsturen: alcohol, druggebruik en gokken in de residentiële jeugdhulpverlening. Utrecht.

- Borghuis, M. (1993). Doorschuiven of samenwerken? Een samenwerkingsproject van jeugdhulpverlening en verslavingszorg. Tijdschrift van Jeugdhulpverlening en verslavingszorg, 19-24.

- Broothaerts, J.P. (1993). Het motivationeel interview. Psylosberichten, 4, 39 - 50.

- Buisman, W. & van Dalen, W. (1993). Weet wat je doet. Preventie van verslaving in de jeugdhulpverlening. Tijdschrift van Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk, 28-34.

- Buisman, W. & van Dalen, W. (1994). Preventie van verslaving in de jeugdhulpverlening. Handboek verslavingszorg.

- Buisman, W. & Geirnaert, M. (1992). Theorieën en modellen voor drugspreventie. Uit: Drugspreventie: achtergronden, praktijk en toekomst. W. R. Buisman & J.C. van der Stel (Red.). Bohn Stafleu van Loghum.

- Buning, E. (1993). Safe house campaign prevents problematic use at raves.

- Bijzonder Jeugdwerk Drenthe / CAD Drenthe (1994). Beleidsplan Preventie van Verslaving: Weet wat je doet

- De Cauter, F. (1990). Methodiek van de preventieve projectwerking. Acco Leuven/ Amersfoort.

- De Wit, J. & Van Der Veer (1982). Psychologie van de adolescentie. Intro.

- Elling-de Boer, A. (1989). Beginnend druggebruik in de internaten: Een vacuüm tussen jeugdhulpverlening en verslavingszorg, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 44, 141-154.

- Elling-de Boer, A. (1991). Alcohol en drugs binnen de perken van jeugdhulpverlening. NIAD Utrecht.

- Elling-de Boer, A. (1992). Preventie van verslaving in de jeugdhulpverlening; recente projecten onder de loep. NIAD Utrecht.

- Elling-de Boer, A. (1993). Hulp aan jongeren die drinken, gokken of drugs gebruiken. Een handleiding voor trainers. NIAD Utrecht.

- Geirnaert, M. (1989). Strategieën voor drugpreventie. Welzijnsgids - Noden I.A., 49, 1-22.

- Geybels, J. (1994). Wat doen we met die rotzooi? Risicomiddelen en het ontwikkelen van een risicobeleid in de bijzondere jeugdzorg. Eindverhandeling.

- Jezek, R. & Konijn, H. (1992). Een stap achteruit, twee stappen vooruit. Problematiek en hulpaanbod in verslavingszorg, jeugdhulpverlening en randgroepenwerk.

- Kegel, J. (1994). Grenzen stellen. Voorkomen van agressief gedrag. Imco

- Kinable, R. (1994). Drugsgebruikers en Aids. Aids-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project. Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen. VAD / KUL / Free Clinic.

- Kooy, K. (1994). Grenzen stellen aan ontoelaatbaar soms agressief gedrag van bezoekers van een jongerencentrum, buurthuis of anders. Werkmap train de trainer. Het grote huis.

- Nysmans, E. (1994). I can't get (no) satisfaction. Een proeve tot verklaring van het toenemend druggebruik. Caleidoscoop, 2, 5 - 7.

- Peeters, J. (1993). Vers Kladwerk, een hernieuwde versie van de klachtenlijst voor adolescenten, Tijdschrift Klinische Pyschologie, 23, 47- 69

- Rinsum, A. van, Vroegindeweij, M. (1989). Werkboek: Het hoeft geen probleem te zijn. Alcohol- en drugspreventie in de jeugdhulpverlening. Maldrus-project Rotterdam.

- Schinke, S.P., Botvin, G.J., & Orlandi, M.A. (1991). Substance abuse in children and adolescents: Evaluation and intervention.

- Tack, M. (1992). Oorzaken van het gebruik/misbruik van verslavende middelen door jongeren. CAT.

- Tack, M. (1993). Het interventieschema. CAT.

- Tones, K. (1986). Preventing Drug Misuse: the case for breadth, balance and coherence. Health Education Journal, vol. 45 (4), 223-230.

- Van Bilsen, H. (1993). Verantwoord genieten: mogelijkheid of utopie? Over de (on)mogelijkheden van de jeugdhulpverlening om jongeren te helpen levensgenieters te worden. Jeugd en drugs: over actuele ontwikkelingen en methodiek. Verslag van een studiemiddag op 14 oktober 1993.

- Vanhuele, H. (1991). Het motiverend gesprek. WCAD Hulpverleningsgids.

- Van Epen, J.H. (1981). De drugs van de wereld, de wereld van de drugs. Stafleu-Alphen a/d Rijn.

- Van Reybrouck, T. & De Maeseneire, I. (1992 - '94). Begeleidende mappen bij de vormingen voor de bijzondere jeugdzorg: Introductie tot een drugbeleid. VAD.

- Van Reybrouck, T. & De Maeseneire, I. (1993). Een drugbeleid in de instelling. Onuitgegeven tekst. VAD.

- Vettenburg, N. (1991). Welzijnswerk en onderwijs, Moeilijkheden en mogelijkheden in de samenwerking, deel 1.

- Walgrave, L. (1993). Criminologische preventie. Op zoek naar orde in de chaos.

Andere:

- Een drugbeleid op school: discussietekst (1992). V.A.D.-preventiewerk

- Draaiboek: stappen in een preventief drugbeleid op school (1993). V.A.D.

- Introductie van een drugbeleid: Begeleidersmap (1993). V.A.D.

- Inventaris didactisch materiaal genotmiddelen (1994). VAD - Proges - Lions Quest - VIG - KKAT.

- School voor de spiegel. Naar een eigen schoolbeleid voor (drug)problemen (1994). Stichting Welzijnszorg Provincie Antwerpen.

- Achtergrondinformatie drugs (1990). V.A.D., werkgroep onderwijs.

- Vorming Drugs: een initiatief van het samenwerkingsverband rond alcohol en drugs, Leuven (1992). VAD

Hoe kan een voorziening bijzondere jeugdzorg de alcohol- en drugproblematiek op een zo effectief mogelijke manier aanpakken?
Deze handleiding reikt een aantal handvaten aan om in voorzieningen bijzondere jeugdzorg een alcohol- en drugbeleid op te zetten. Dit vormt het centrale tweede deel van de publicatie. Verschillende vragen zijn aan de orde, waaronder: Wat is van belang bij reglementering en sanctionering? Hoe jongeren begeleiden? Hoe preventief handelen?...

Het eerste deel biedt via inleidende hoofdstukken actuele informatie over de bijzondere jeugdbijstand en over preventie. Het derde deel tenslotte beschrijft tal van voorbeelden en mogelijkheden om aan het eigen drugbeleid concrete invulling te geven.

De in deze publicatie geboden informatie is gebaseerd op de talrijke vormingsmomenten die rond de drugthematiek georganiseerd werden voor personeelsleden uit de voorzieningen bijzondere jeugdzorg van gans Vlaanderen. Dit gebeurde in het kader van een samenwerkingsverband tussen de afdeling Bijzondere Jeugdbijstand, de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Tomas Van Reybrouck (°1969) is als klinisch psycholoog afgestudeerd aan de Katholieke Universiteit Leuven (KUL) en is sedert 1993 werkzaam bij de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) te Brussel op een drugpreventieproject in samenwerking met de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg. In dit project is hij actief als trainer, procesbegeleider en conceptontwikkelaar. Voorheen was hij als regionale preventiewerker tewerkgesteld in Oostende.

VAD

AFDELING BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND
PREVENTIE